

Université de Sherbrooke

Optimiser les Pratiques, les Usages et les Soins — Antipsychotiques (OPUS-AP)

par
RÉBECCA BERNARD
Maîtrise en gérontologie

Mémoire présenté à la Faculté des lettres et des sciences humaines en vue de l'obtention du
grade de
Maître ès arts (M.A.) en gérontologie
Sherbrooke, Janvier 2020

Membres du jury d'évaluation
Benoit Cossette (directeur de recherche), Véronique Provencher (codirectrice), Dre Marie-
Andrée Bruneau (CRIUGM) (évaluatrice)

Rébecca Bernard, 2020

Sommaire

Optimiser les Pratiques, les Usages et les Soins — Antipsychotiques (OPUS-AP)

Par
Rébecca Bernard
Maîtrise en gérontologie

Mémoire présenté à la Faculté des lettres et sciences humaines en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en gérontologie, Faculté des Lettres et Sciences humaines, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Mots clés ; OPUS-AP, Antipsychotiques, Déprescription, CHSLD, Troubles neurocognitifs (TNC) majeurs, Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Problématique : Les antipsychotiques sont prescrits chez près de 50 % des résidents vivant en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) atteints de TNC majeurs. Or, les antipsychotiques ont des effets modestes pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), en plus d'être associés à des événements indésirables sérieux. La démarche OPUS-AP a été développée afin d'aider les cliniciens à déprescrire les antipsychotiques en CHSLD, lorsqu'ils sont cliniquement non indiqués.

Objectifs : Cette étude prospective vise à décrire et comparer entre le début du suivi (T0) et à 3 mois (T3), les changements dans (1) l'utilisation d'antipsychotique ; (2) dans l'utilisation des benzodiazépines, des antidépresseurs ainsi que la prévalence des SCPD et des chutes.

Méthodologie : La démarche OPUS-AP a été mise en place dans 24 CHSLD du Québec. La comparaison entre T0 et T3 a été réalisée par le test de McNemar.

Résultats : À T0, la cohorte de suivi comprenait 464 résidents avec un diagnostic de TNC majeurs et une prescription d'antipsychotique. À T3, 417 (89,9 %) résidents étaient toujours admis à la cohorte de suivi. Une déprescription a été possible chez 120 résidents (56,6 % de cessation complète et 43,3 % de diminution de dose) admissibles à la déprescription. Chez les résidents avec déprescription d'antipsychotique, une diminution de la prescription de benzodiazépine a été constatée. Parallèlement, la prescription d'antidépresseurs et la prévalence de SCPD n'ont pas augmenté, alors que les chutes n'ont pas diminué.

Conclusion : OPUS-AP a permis aux cliniciens de déprescrire les antipsychotiques, sans augmenter l'usage de benzodiazépines et d'antidépresseurs. L'absence de recrudescence de SCPD suggère que la démarche OPUS-AP contribue à l'amélioration des soins des résidents.

SUMMARY

Optimiser les Pratiques, les Usages et les Soins — Antipsychotiques (OPUS-AP)

By
Rébecca Bernard
Gerontology Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Gerontology, Faculty of Humanities, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Keywords: OPUS-AP, Antipsychotic, Deprescription, Long-term care, Dementia, Behavioral and psychological symptoms of dementia.

Problem: Antipsychotics are prescribed in 50% of residents of long-term care (CHSLD) living with major neurocognitive disorders (MNCD). However, antipsychotics show modest effects to treat the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), in addition of being associated with serious adverse events. The OPUS-AP approach was developed to allow clinicians to describe antipsychotics in CHSLD when clinically non-indicated.

Objectives : This prospective study aims to describe and compare between baseline (T0) and at 3 months (T3) main changes (1) in antipsychotic use; (2) in benzodiazepines and antidepressants use, as well as the prevalence of BPSD and falls.

Methodology: The OPUS-AP initiative was implemented in 24 long-term care facilities in Quebec. Changes between T0 and T3 were detected using the McNemar test.

Results: At T0, the follow-up cohort included 464 residents with a diagnosis of MNCD and an antipsychotic prescription. At T3, 417 (89.9%) residents were still included in the follow-up cohort. Deprescription was possible in 120 residents (56.6% complete cessation and 43.3% dose reduction) eligible for deprescription. In residents with antipsychotic deprescription, a decrease in benzodiazepine prescription was observed. Moreover, BPSD or the prescription of antidepressants did not increase. No decrease in falls were observed.

Conclusion : OPUS-AP has allowed clinicians to deprescribe antipsychotics without increasing the use of benzodiazepines and antidepressants. No worsening of BPSD outbreaks suggests that the OPUS-AP approach contributes to improving resident care.

Table des matières

Abréviations	8
Remerciements	10
Introduction	11
1 Problématique	12
1.1 Contexte	12
1.2 La démarche OPUS-AP	16
1.3 Objectif général	17
1.4 Objectifs spécifiques	17
2 État des connaissances	18
2.1 Stratégie de recherche documentaire	18
2.2 Critères de sélection des études	18
3 Recension des écrits	19
3.1 Efficacité des antipsychotiques	19
3.2 Innocuité	22
3.3 Déprescription	23
3.3.1 Guides de pratique cliniques	23
3.3.2 Les revues systématiques	24
3.3.3 Études clés évaluant la déprescription d'antipsychotiques	26
3.3.4 Le sommaire des guides de pratiques cliniques, des revues systématiques et des études	37
3.4 Les interventions non pharmacologiques	38
4 Cadre conceptuel	39
5 Hypothèses	41
6 Méthodologie de recherche	41
6.1 Stratégie d'acquisition	41
6.1.1 Dispositif de recherche	41
6.2 La stratégie d'application des connaissances intégrées	42
6.2.1 La formation	42
6.2.2 Leaders cliniques/champions	45
6.2.3 Experts cliniques	46
6.2.4 Audits et feedback	46
6.3 Stratégie d'observation	46

6.3.1	Population	46
6.3.2	Critères de sélection	47
6.4	Procédure de recrutement.....	48
6.5	Définition opérationnelle des variables.....	49
6.5.1	Antipsychotiques.....	49
6.5.2	Benzodiazépines et antidépresseurs	50
6.5.3	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	50
6.5.4	Les chutes.....	53
6.6	Variables descriptives	53
6.6.1	Identifiant	53
6.6.2	Caractéristiques démographiques.....	53
6.6.3	Le statut et la perte au suivi des résidents	54
6.7	Instruments de saisie des données.....	54
6.7.1	Dispositif de saisie de données.....	54
6.8	Déroulement de la collecte des données	55
7	Stratégie d'analyse	56
7.1	Logiciel : Statistical Package for Social Sciences (SPSS)	56
8	Plan d'analyse statistique	56
8.1	Caractéristiques de tous les résidents admis aux unités participantes au projet OPUS-AP 56	
8.2	Caractéristiques des résidents admis à la cohorte de suivi au temps 0 et au temps 3	57
8.3	Médicaments psychoactifs sélectionnés.....	58
8.4	Changements entre T0 et T3 pour les résidents admissibles à la déprescription d'antipsychotique aux deux temps de mesure avec et sans déprescription.....	59
8.5	Analyses statistiques	61
9	Résultats	61
9.1	Populations étudiées.....	61
9.2	Résidents admis aux unités participantes à OPUS-AP.....	62
9.3	Cohorte de suivi	62
9.4	Critères de non-admissibilité.....	63
9.5	Portrait de prescription d'antipsychotique chez les résidents de la cohorte de suivi à T0 et T3 65	
9.6	Portrait de la prescription de benzodiazépines.....	66
9.7	Portrait de la prescription des antidépresseurs	67

9.8	Changements dans la prescription des antipsychotiques entre T0 et T3 chez les résidents inclus à la cohorte de suivi à T0 et T3 et admissible à la déprescription d'antipsychotique.....	68
9.9	Résidents avec déprescription d'antipsychotique	69
9.9.1	Âge et sexe	69
9.9.2	Benzodiazépines.....	69
9.9.3	Antidépresseurs	70
9.9.4	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.....	70
9.9.5	Les chutes.....	70
9.10	Résidents sans déprescription d'antipsychotiques	72
9.10.1	Âge et sexe	72
9.10.2	Benzodiazépines.....	72
9.10.3	Antidépresseurs	72
9.10.4	Symptômes comportementaux et psychologique de la démence	72
9.10.5	Les chutes.....	73
10	Discussion	74
10.1	Antipsychotiques.....	75
10.2	Benzodiazépines et antidépresseurs	78
10.3	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	79
10.4	Chutes.....	81
11	Forces et limites	82
11.1	Forces	82
11.2	Limites	83
12	Considérations éthiques	84
13	Conclusion	85
14	Les retombées et futures recherches	85
	Références bibliographiques	87
	Annexes.....	102
	Annexe 1 : Échelle de Cohen-Mansfield Agitation Inventory	103
	Annexe 2 : Inventaire Neuropsychiatrique (NPI)	104
	Annexe 4 : Les 24 CHSLD participant à la phase 1 de la démarche OPUS-AP	106

Liste des tableaux

TABEAU 1 : RÉSIDENTS INCLUS À LA COHORTE DE SUIVI À T0 ET À T3.....	64
TABEAU 2. PRESCRIPTION D'ANTIPSYCHOTIQUE CHEZ LES RÉSIDENTS INCLUS À LA COHORTE DE SUIVI À T0 ET T3.	66
TABEAU 3. PRESCRIPTION DES BENZODIAZÉPINES CHEZ LES RÉSIDENTS INCLUS À LA COHORTE DE SUIVI À T0 ET T3	67
TABEAU 4. PRESCRIPTION DES ANTIDÉPRESSEURS CHEZ LES RÉSIDENTS INCLUS À LA COHORTE DE SUIVI À T0 ET T3.	67
TABEAU 5. CHANGEMENTS DANS LA PRESCRIPTION DES ANTIPSYCHOTIQUES CHEZ LES RÉSIDENTS INCLUS À LA COHORTE DE SUIVI À T0 ET T3	68
TABEAU 6. PORTRAIT DES CHANGEMENTS OBSERVÉS CHEZ LES RÉSIDENTS AVEC DÉPRESCRIPTION	70
TABEAU 7. PORTRAIT DES CHANGEMENTS OBSERVÉS CHEZ LES RÉSIDENTS SANS DÉPRESCRIPTION	73

Liste des figures

FIGURE 1. ORGANIGRAMME DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	105
---	-----

Abréviations

AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for research and evaluation</i>
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMAI	<i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory</i>
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECR	Essai contrôlé randomisé
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
FDA	Food and Drug Administration
FISMA	Federal Information Security Management Act
GPC	Guide pratique clinique
GRADE	<i>Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation</i>
HIPAA	<i>Health Insurance Portability and Accountability Act</i>
ICIS	L'institut canadien d'information sur la santé
IM	Intramusculaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NPI	Neuropsychiatrics Inventory
OPUS-AP	Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services — Antipsychotiques
PRN	Prescrit au besoin (pro re nata)

R-AMSTAR	<i>Revised assessment of multiple systematic reviews</i>
RC	Rapport de cote
REDCap ^{MD}	Research Electronic Data Capture
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SC	Sous-cutané
SLD	Soins longue durée
SPSS	Statistical package Social science
TNC	Troubles neurocognitifs
UAA	Usage approprié des antipsychotiques

Remerciements

En premier temps, je tiens à remercier mon directeur de recherche : Benoit Cossette chercheur au centre de recherche sur le vieillissement (CdRV), pour sa patience, ses conseils avisés, le temps qu'il m'a consacré et une supervision éclairée tout au long de la rédaction de mon mémoire. Je tiens également à remercier ma codirectrice Véronique Provencher pour le temps qu'elle a su me consacrer, son aide et ses précieux conseils. Je veux adresser ma gratitude à Claudie Rodrigue, agente de recherche du CdRV pour son aide, sa disponibilité, son dévouement et sa contribution. Je saisis également cette occasion pour offrir mes remerciements au programme de gérontologie pour la qualité de leur enseignement tout au long de ma maîtrise. Pour terminer, je remercie mon entourage pour l'aide et le soutien moral apporté au cours de ces deux dernières années.

Introduction

Le présent mémoire s’imbrique dans la démarche «Optimiser les Pratiques, les Usages et les Soins-Antipsychotiques (OPUS-AP)». Cette démarche vise à favoriser l’usage approprié des antipsychotiques en préconisant une approche centrée sur la personne et des interventions non pharmacologiques dans les centres d’hébergement de soins de longue durée (CHSLD) du Québec. Ce projet, réalisé auprès de résidents présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), vise à améliorer la qualité des soins de santé offerts aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs (TNC) majeurs. Ce travail présente les données à 3 mois de suivi, bien que l’ensemble de la démarche OPUS-AP inclue également des suivis à 6 et à 9 mois. Dans le cadre de ce mémoire, la conceptualisation des sous-groupes diffère de l’analyse principale, à 9 mois de suivi de la démarche OPUS-AP (Cossette et coll., 2019).

1 Problématique

1.1 Contexte

Les aînés de 65 ans et plus représentent une proportion croissante de la population du Québec. S'ils correspondaient à 18,5 % de la population du Québec en 2017 (Statistique Canada, 2017), on estime qu'une personne sur quatre sera âgée de 65 ans et plus en 2036 (Statistique Canada, 2016). En 2017, l'espérance de vie s'établissait à 80,6 ans chez les hommes et à 84,5 ans chez les femmes au Québec, et elle tend à augmenter au fil des ans (Institut de la statistique du Québec, 2018). Ces statistiques illustrent que les personnes âgées seront non seulement de plus en plus nombreuses au fil des années, mais qu'elles vivront également plus longtemps (Institut de la statistique du Québec, 2018). Or, parallèlement à l'augmentation en âge, les aînés présentent une plus grande prédisposition à développer des pathologies pour lesquelles la prescription de médicaments est importante (Legrain et Lacaille, 2005).

Les troubles neurocognitifs (TNC) majeurs figurent au nombre des pathologies dont l'incidence augmente avec l'âge (Gouvernement du Canada, 2005). En 2008, 100 000 Québécois étaient atteints de TNC majeurs (Santé et service sociaux Québec, 2018). Les estimations prévoient une augmentation du nombre de cas chez les 65 ans et plus, soit près de 180 000 en 2030 (Santé et service sociaux Québec, 2018). Environ le tiers des personnes âgées de moins de 80 ans ayant reçu un diagnostic de TNC majeurs vivent dans un foyer de soins de longue durée (SLD). Cette proportion s'élève à 42 % chez les 80 ans et plus (ICIS, 2018).

L'appellation «troubles neurocognitifs majeurs», au même titre que les troubles neurocognitifs légers, fait référence au concept de «démence» dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2013), recoupant notamment la maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporal, la démence à corps de Lewy ainsi que la démence vasculaire ou mixte (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Les TNC majeurs se caractérisent principalement par une diminution des capacités cognitives et des changements de comportements chez la personne atteinte (Association des médecins psychiatres du Québec, 2018). Il existe 7 différents stades de TNC majeurs, allant du fonctionnement normal au stade avancé de la maladie (INESSS, 2015). À partir du stade 5, on parle de déclin cognitif grave (INESSS, 2015). Selon l'institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2014 ce sont 36,5 % des résidents en soins de longue durée (SLD) qui présentaient une déficience cognitive grave et qui avaient une prescription d'antipsychotique (ICIS, 2014).

Les altérations sur le plan cognitif se traduisent souvent par l'apparition de SCPD, correspondant à des agressions, des hallucinations, de l'anxiété, de l'apathie, de la dépression, des idées délirantes, de l'agitation comme l'errance, des vocalisations répétitives et des cris (Association des médecins psychiatres du Québec, 2018). Les hallucinations et les idées délirantes sont classifiés comme troubles psychotiques, pour lesquels l'effet de la déprescription des antipsychotiques mérite d'être analysé (INESSS, 2015). Les SCPD peuvent menacer la sécurité de la personne elle-même et son entourage, en plus de contribuer à l'épuisement du personnel (Centre intégré universitaire de la santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2017). Selon l'American Psychiatric association, les SCPD se manifestent chez 90 % des personnes atteintes de TNC majeurs, à

un moment ou l'autre de la maladie (American Psychiatric Association, 1997 cité dans Gagné et Voyer, 2013).

Les antipsychotiques, également appelés neuroleptiques, sont indiqués pour le traitement de la schizophrénie, des troubles bipolaires et du trouble dépressif majeur. (Zaderenko et Ehrlich, 2019). Les antipsychotiques sont classés en 2 catégories : première génération (typique) ou deuxième génération (atypique) (Zaderenko et Ehrlich, 2019). Les antipsychotiques atypiques sont les plus prescrits de nos jours.

Les antipsychotiques sont fréquemment utilisés pour le traitement des SCPD, particulièrement dans le contexte des soins de longue durée (Institut canadien d'information sur la santé, 2016 ; Bjerre, Lemay, Rojas-Fernandez, et Sinha, 2016 ; Kirkham et coll., 2017). L'institut canadien d'information sur la santé (ICIS) mentionne qu'en 2014, 39,0 % des personnes âgées en établissement de soins de longue durée (SLD) ont présenté au moins une demande de remboursement pour un antipsychotique (Institut canadien d'information sur la santé, 2014). Parallèlement, on estime que 22,4 % de ces résidents en SLD canadiens prennent chroniquement des antipsychotiques (Institut canadien d'information sur la santé, 2014). Cet usage chronique représente donc une augmentation de 32 % depuis 2010 (Bjerre, Lemay, Rojas-Fernandez, et Sinha, 2016). Or, l'usage d'antipsychotique pour le traitement des SCPD est problématique chez les personnes atteintes de TNC majeurs en raison de leur efficacité qualifiée par l'INESSS : «[...] l'effet des antipsychotiques atypiques sur les symptômes psychotiques ou d'agressivité est généralement considéré comme modeste » (INESSS, 2017). De plus, une augmentation d'évènements indésirables sérieux est associée à leur usage (INESSS 2017). Ces évènements indésirables incluent notamment l'augmentation de la mortalité, des

accidents vasculaires cérébraux, des symptômes extrapyramidaux et des chutes (Declercq et coll., 2013), lesquelles sont particulièrement fréquentes en CHSLD.

Bien que peu de données soient disponibles pour quantifier la prévalence de l'usage des antipsychotiques en CHSLD, les données existantes montrent que le Québec est l'une des provinces canadiennes avec le plus important usage d'antipsychotique (Macaulay, 2017). Face à cette situation, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a priorisé l'usage approprié des antipsychotiques en CHSLD dans le cadre du grand chantier de la pertinence clinique (INESSS 2017). Le MSSS a donné le mandat à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) de proposer des stratégies à mettre en œuvre afin de favoriser l'usage optimal des antipsychotiques et d'élaborer des recommandations cliniques. Cette initiative a pour but d'orienter et de soutenir la pratique des équipes de soins dans la prise en charge des personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD et qui résident en CHSLD (INESSS, 2017). Dans la réalisation de ce mandat, l'INESSS a publié en décembre 2017 un avis sur l'usage des antipsychotiques intitulé : Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs qui résident en CHSLD (INESSS, 2017). Cet avis recense les meilleures pratiques. L'avis recommande notamment que le traitement devrait d'abord être orienté vers des mesures non pharmacologiques (INESSS, 2017). Les antipsychotiques devraient être utilisés uniquement pour la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs ne répondant pas aux approches non pharmacologiques et en présence d'un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (INESSS, 2017). L'INESSS rapporte que « le fait de recourir ou pas aux antipsychotiques devrait résulter d'une décision éclairée et

partagée, concernant les risques et les avantages d'un tel traitement, évalués pour chaque personne prise individuellement » (INESSS, 2017). La diffusion et la mise en application des recommandations de l'INESSS sont réalisées notamment par la démarche OPUS-AP.

D'autres médicaments, également utilisés pour le traitement des SCPD, notamment les benzodiazépines (Gerlach, Wiechers, et Maust, 2018) et les antidépresseurs (Farina, Morrell, et Banerjee, 2017) présentent également une faible efficacité et une innocuité problématique et ne devraient pas être utilisés en remplacement des antipsychotiques déprescrits.

1.2 La démarche OPUS-AP

La démarche OPUS-AP a été lancée en décembre 2017 grâce à un financement du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). OPUS-AP vise à améliorer les soins dispensés aux résidents par la mise en place systématique : 1) des approches de soins centrés sur le résident ; 2) des interventions non pharmacologiques pour la gestion des SCPD ; et 3) d'une révision des médicaments pour tous les résidents ayant une prescription d'antipsychotique afin de les déprescrire pour ceux dont les indications sont inappropriées. Ces interventions ont été mises en œuvre à l'aide d'une stratégie d'application des connaissances intégrée, inspirée de la stratégie déployée dans les projets antérieurs de la FCASS. Elle inclut de la formation sous forme de webinaires et de conférences, la distribution d'outils cliniques ainsi que des audits et des rétroactions au personnel, aux professionnels et équipes des CHSLD participant à l'étude.

La démarche OPUS-AP compte au total trois phases : la phase 1 s'est déroulée entre avril 2017 et octobre 2018 au sein de 24 CHSLD, comprenant une collecte de données tous les trois mois, pour un suivi total de 9 mois. La phase 2 est actuellement déployée (janvier à décembre 2019) au sein de 129 CHSLD. Enfin, la phase 3 se déroulera en 2020, en vue d'implanter la démarche dans l'ensemble des CHSLD publics du Québec.

1.3 Objectif général

La démarche OPUS-AP est un projet panquébécois qui vise à améliorer la qualité de vie et les soins des résidents en CHSLD, atteints d'un TNC majeur. Ce mémoire portera principalement sur la déprescription des antipsychotiques et son impact sur la prescription de benzodiazépines et d'antidépresseurs. Les changements dans la prévalence des SCPD et des chutes seront également évalués.

1.4 Objectifs spécifiques

L'objectif primaire de ce mémoire est donc de décrire et comparer les changements dans la prescription d'antipsychotique entre les deux premiers temps de mesure de la phase 1 soit : entre la valeur de base (T0) et à 3 mois de suivi

Les objectifs secondaires sont de décrire et comparer les changements survenus entre T0 et T3 lors de la phase 1 d'OPUS-AP en ce qui concerne :

- la prescription de benzodiazépines et d'antidépresseurs.
- la prévalence des SCPD, notamment les hallucinations et les idées délirantes
- la prévalence des chutes

2 État des connaissances

2.1 Stratégie de recherche documentaire

Une recension des écrits a été menée pour les thèmes pertinents à la démarche OPUS-AP soit : l'efficacité (*efficacy*), l'innocuité (*adverse effect*) des antipsychotiques pour le traitement des SCPD chez les résidents atteints de TNC majeurs, ainsi que la déprescription (*deprescribing/discontinuation/withdrawal*) des antipsychotiques. Les bases de données MEDLINE, Pubmed et PsychINFO ont été consultées pour la recherche. Les mots-clés « *antipsychotics* », « *dementia* », « *efficacy* » « *Safety a* », « *SCPD (BPSD)* », « *discontinuation* », « *long-term care* » et « *elderly* » ont été utilisés afin de trouver les articles pertinents sur le sujet. De plus, de la littérature grise a été utilisée dans la recherche documentaire à l'aide du moteur de recherche Google afin d'obtenir de la documentation produite par des instances publiques, notamment les guides de pratique clinique.

2.2 Critères de sélection des études

Les critères de sélection des études sont :

- 1) les articles portant sur les termes suivants ; l'efficacité, l'innocuité et la déprescription des antipsychotiques utilisés pour le traitement des SCPD chez les personnes âgées avec TNC majeurs ;
- 2) les revues systématiques, les essais contrôlés randomisés (ECR) et les guides de pratique clinique ;
- 3) les articles publiés entre 2001 et 2019

4) les articles rédigés en français et en anglais seulement.

Les revues systématiques qui permettaient de synthétiser l'information disponible ont été priorisées en raison de la grande quantité d'informations déjà publiées sur le sujet.

Durant la recherche documentaire, l'INESSS a publié une revue systématique présentée plus tôt : L'usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs qui résident en CHSLD (INESSS, 2017). Cette revue regroupe les différentes recommandations ainsi que les outils destinés aux cliniciens afin de les soutenir et les orienter dans leur pratique. S'inscrivant directement dans la démarche OPUS-AP, cette revue est devenue la pierre angulaire de cette recherche documentaire. Elle incluait 82 documents, dont 15 revues systématiques, en plus de comprendre une évaluation de la qualité méthodologique des études réalisées à l'aide de grilles d'évaluation telles que : *Revised assessment of multiple systematic reviews* (R-AMSTAR), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), ainsi que l'outil *Appraisal of Guidelines for research and evaluation* (AGREE II).

3 Recension des écrits

3.1 Efficacité des antipsychotiques

Les antipsychotiques sont des médicaments couramment utilisés chez les personnes âgées surtout en SLD (Bjerre et coll., 2018). L'INESSS précise que l'usage des antipsychotiques pour traiter les SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs est une pratique courante dans les CHSLD du Québec (INESSS, 2017.). Un guide produit par l'INESSS a permis de rassembler des articles scientifiques dressant un portrait des

différentes classes de médicaments utilisés ainsi que leur niveau d'efficacité sur les symptômes d'agressivité et les symptômes psychotiques (hallucinations et idées délirantes). Les antipsychotiques atypiques, tels que la rispéridone, la quétiapine, l'aripiprazole et l'olanzapine, ainsi que les antipsychotiques typiques tels que l'halopéridol, sont des exemples de médicaments utilisés pour traiter les SCPD. L'efficacité de ces antipsychotiques est souvent évaluée en comparant le médicament à un placebo. Selon l'INESSS, les antipsychotiques auraient une efficacité dite « modeste » pour le traitement des symptômes psychotiques et d'agressivité chez les personnes atteintes de TNC majeurs (INESSS, 2017.). La revue systématique de Maher et ses collaborateurs, recensée par l'INESSS, révèle que les avantages et les inconvénients varie parmi les antipsychotiques atypiques pour une utilisation non indiquée (Maher et coll., 2011). Les conclusions de Ballard et Waite (*Cochrane library*), étude publiée en 2006 et rapportée par l'INESSS, concordent en suggérant que l'efficacité des antipsychotiques utilisés dans le traitement des SCPD varie d'un médicament à l'autre et d'une dose à l'autre. Selon les résultats issus de cette revue systématique (Ballard, Waite, et Birks, 2006), il n'existe aucune différence statistiquement significative pour les symptômes d'agressivité ($p < 0.05$) entre la quétiapine (100 ou 200 mg/j) et le placebo après 10 semaines de traitement. Pour ce qui est de l'olanzapine, une différence statistiquement significative ($p=0.03$) pour les symptômes d'agressivité est rapportée chez les participants atteints de TNC majeurs dû à la maladie d'Alzheimer, seulement pour des doses de 5 mg à 10 mg comparativement au placebo avec un suivi de 6 et 10 semaines (INESSS, 2017). Pour la rispéridone, une différence statistiquement significative pour les symptômes d'agressivité a été observée seulement pour les doses de 1 mg/j et 2 mg/j vs le placebo (INESSS, 2017). Cette revue systématique

rapporte également les résultats concernant les symptômes psychotiques, tels que les hallucinations et les idées délirantes (INESSS, 2017). Selon les ECR recensés, il n'y a aucune différence significative ($p > 0,05$) pour les symptômes psychotiques entre l'olanzapine et le placebo pour une majorité de participants atteints de TNC majeurs dû à la maladie d'Alzheimer, ainsi que pour une minorité de participants atteints de TNC vasculaire ou mixte sur une durée de 6 et 10 semaines et des doses fixes allant de 1 à 7,5 mg/j ou de 5 à 15 mg/j. Une différence significative pour les symptômes psychotiques a par ailleurs été observée entre l'aripiprazole et le placebo chez des résidents atteints de TNC majeurs dû à la maladie d'Alzheimer pour des doses allant de 2 à 15 mg/j pour une durée de 10 semaines. Pour ce qui est de la risperidone, une différence statistiquement significative pour les symptômes psychotiques a été obtenue uniquement pour une dose de 1 mg/j vs le placebo (Ballard et coll., 2006).

Pour l'ensemble des études recensées, l'efficacité des antipsychotiques a été vérifiée à l'aide d'instruments permettant de mesurer la prévalence et l'intensité des SCPD. L'INESSS rapporte que les ECR recensées utilisaient principalement des questionnaires validés tels que : le « Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease » BEHAVE-AD, le « *neuropsychiatric Inventory* » (NPI) (Ballard et coll., 2004 ; Ballard et coll., 2008) et le « *Cohen Mansfield Agitation Inventory* » (CMAI) (Schneider, Dagerman, et Insel, 2006). Des différences ont également été notées concernant la durée des études. Par exemple, la revue systématique de Schneider et collaborateurs (2006) rapporte des temps de mesure oscillants entre 8 et 26 semaines (Schneider, Dagerman, et Insel, 2006).

3.2 Innocuité

Les antipsychotiques sont associés à des événements indésirables sérieux, tels que les accidents cardiovasculaires, les chutes et la mort (Foebel et coll., 2015, ; Trinkley et coll., 2018). Trinkley et ses collaborateurs ont publié une étude ayant pour objectifs d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'utilisation de tous les antipsychotiques atypiques pour le traitement des SCPD. Ils affirment que des effets indésirables ont été signalés chez 53 % des participants prenant des antipsychotiques (n=87). Les plus courants étaient les effets métaboliques et ceux liés aux chutes (Trinkley et coll, 2018). Dans une des méta-analyses recensées dans l'avis de l'INESSS, les participants qui prenaient un antipsychotique atypique (aripiprazole, olanzapine, quétiapine ou rispéridone) présentaient un taux de mortalité plus élevé que ceux qui recevaient un placebo, chez les résidents atteints de TNC majeurs (rapport de cote (RC) = 1,54 ; IC 95 % : 1,06-2,23) (Schneider et coll., 2005). De plus, la prise d'antipsychotique est associée à une augmentation du risque d'accidents vasculaires cérébraux (RC = 2,13 ; IC 95 % : 1,20-3,75) (Schneider, Dagerman, et Insel, 2006). La prise d'antipsychotique est également associée à l'augmentation des chutes (Tampi, et coll, 2016), une prise de poids (Atti et coll., 2014 ; INESSS, 2017) et l'augmentation des symptômes extrapyramidaux (Tampi et coll., 2016). Le risque d'accidents cardiovasculaires serait environ deux fois plus élevé chez les aînés traités avec l'olanzapine comparativement au placebo (RC = 2,30 (IC 95 % : 1,08-5,61) et avec la rispéridone (RC = 2,10 (IC 95 % : 1,38-3,22) (Maher et coll., 2011). En somme, les données probantes suggèrent que les antipsychotiques peuvent être à la base d'événements indésirables sérieux et que, malgré cela, ils sont encore très utilisés dans la pratique clinique.

3.3 Déprescription

Face à l'efficacité jugée modeste et au risque d'événements indésirables sérieux, la déprescription des antipsychotiques est une solution qui s'impose. On définit la déprescription comme un « processus de planification et de supervision qui vise à réduire ou arrêter les médicaments qui n'ont plus d'effets bénéfiques ou qui peuvent être nuisibles » (Réseau canadien pour la déprescription, 2017). Une diminution des doses ou une cessation complète des antipsychotiques pourraient être envisagées dès que le traitement n'apparaît plus justifié, c'est-à-dire en l'absence d'efficacité du médicament auprès du résident ou de la présence d'événements indésirables (INESSS, 2017). En d'autres termes, on parle de déprescription d'antipsychotique en présence d'indications inappropriées.

3.3.1 Guides de pratique cliniques

Des guides de pratiques cliniques (GPC) fondés sur des données probantes aident les cliniciens à prendre des décisions concernant le moment et la façon de réduire la prescription d'antipsychotique en toute sécurité. Bjerre et ses collaborateurs, à l'aide d'une équipe de 9 cliniciens de plusieurs domaines de la santé, ont développé en 2016 un GPC pour la déprescription d'antipsychotique (Bjerre, Lemay, Rojas-Fernandez, et Sinha, 2016). Les données probantes servant de base à ce guide ont été extraites d'une revue systématique portant sur la déprescription des antipsychotiques utilisés pour la gestion des SCPD (Bjerre, Lemay, Rojas-Fernandez, et Sinha, 2016). L'évaluation de la qualité des données s'est faite à l'aide du protocole *Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). Le guide recommande notamment la déprescription des antipsychotiques chez les adultes ayant des SCPD traités et stables

depuis 3 mois (Bjerre et coll., 2016). Plus précisément, ils recommandent «de réduire progressivement puis d'arrêter les antipsychotiques en collaboration avec le patient et ses soignants » (Bjerre et coll., 2016).

La Coalition canadienne pour la Santé mentale des Personnes âgées a publié en 2014, les premières lignes directrices interdisciplinaires et nationales sur les meilleures pratiques dans les domaines de la santé mentale des personnes âgées (*Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, 2014*). Elles ont été écrites par et pour des équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé. L'une des recommandations de ce guide est que le personnel en établissement de SLD devrait développer des initiatives d'amélioration de la qualité axées sur l'optimisation de la prescription des médicaments psychotropes.

De plus, l'INESSS rapporte d'autres GPC tels que le guide de *l'American Psychiatric Association* du *Canadian Coalition for Seniors' Mental Health* et le guide de la 3e *Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia* qui recommandent une déprescription graduelle (INESSS, 2017). Selon l'INESSS, la dose initiale administrée devrait être la plus basse possible et pour les traitements en cours, il serait important de diminuer graduellement jusqu'à la dose minimale efficace (INESSS, 2017).

3.3.2 Les revues systématiques

Les revues systématiques ont permis d'avoir une vision d'ensemble des études menées sur la déprescription des antipsychotiques. La recherche documentaire a permis d'identifier deux revues systématiques portant sur la déprescription. Il s'agit de la revue de Pan et collaborateurs (Pan, Wu, Gau, Chan, et Banerjee, 2014) publiée en 2014 et celle de

Declercq et collaborateurs publiée en 2013 (Declercq et coll., 2013). Toutes deux font le résumé des différentes études permettant d'évaluer la déprescription d'antipsychotique chez les personnes âgées avec TNC majeurs vivant en établissement de SLD.

La revue de Declercq (Declercq et coll., 2013) a été publiée par la librairie Cochrane et sa méthodologie serait de bonne qualité selon l'INESSS (INESSS, 2017). Ces auteurs ont analysé des essais contrôlés randomisés (ECR) évaluant les effets des interventions facilitant le retrait d'antipsychotique, soit de façon abrupte ou graduelle, chez les résidents atteints des TNC majeurs au sein d'établissements de SLD. Ce sont 7 ECR qui ont été retenus avec un total de 606 participants. Les résultats primaires avaient pour but d'évaluer l'impact du retrait des antipsychotiques à court et à long terme sur les SCPD, tels que mesurés par les questionnaires NPI et CMAI, ainsi que la survenue d'évènements indésirables. Les auteurs concluent que les antipsychotiques pourraient être retirés chez les personnes âgées avec TNC majeurs sans effet significatif sur les SCPD. Globalement, les SCPD mesurés par NPI ou NPI-Q n'étaient pas influencés par l'arrêt du traitement d'antipsychotique dans la plupart des études recensées. Les auteurs ne sont toutefois pas en mesure de déterminer si un arrêt abrupt ou graduel doit être préconisé en se basant uniquement sur les données de leur revue (Declercq et coll., 2013), affirmant devoir interpréter leurs résultats avec prudence. Comme les évaluations des SCPD ne sont pas toujours effectuées au même moment dans les études recensées, il n'est pas exclu que les conclusions soient influencées par une différence entre les temps d'évaluation. En effet, dans la revue systématique de Declercq et collaborateurs, les temps de mesure varient de 4 semaines à 54 semaines dans les études recensées. Les données actuelles ne convergent donc pas vers un consensus clair concernant la durée de la déprescription, et donc les temps

de mesure les plus profitables. Declercq et ses collaborateurs notent également l'urgence d'établir des alternatives non pharmacologiques qui sont sécuritaires et efficaces pour remplacer les antipsychotiques chez une majorité de personnes âgées présentant des SCPD (Declercq et coll., 2013). Declercq affirme que des alternatives non pharmacologiques devraient être le premier choix de traitement pour atténuer les SCPD (Declercq et coll., 2013), à l'instar de la démarche OPUS-AP.

Pan et ses collaborateurs ont publié en 2014 une revue systématique regroupant des ECR comparant les effets de la déprescription d'antipsychotique à leur poursuite chez des personnes atteintes de TNC majeurs (Pan et coll., 2014). Ce sont 10 études qui ont été incluses dans la revue systématique et 9 études dans la méta-analyse. Les résultats démontrent que le groupe de déprescription des antipsychotiques ne présentait aucun changement statistiquement significatif dans la gravité des SCPD, dans les arrêts précoces de l'étude et dans le risque de mortalité par rapport au groupe de poursuite des antipsychotiques (Pan et coll., 2014). Cependant, les auteurs affirment qu'une proportion statistiquement significativement plus élevée de participants présentant des SCPD s'est détériorée dans le groupe de déprescription par rapport au groupe de poursuite des antipsychotiques. Les auteurs allèguent que des études complémentaires sont nécessaires pour explorer les effets de l'arrêt du traitement antipsychotique sur les SCPD.

3.3.3 Études clés évaluant la déprescription d'antipsychotiques

Les études HALT (Aerts et coll., 2019 ; Brodaty et coll., 2018 ; Chenoweth et coll., 2018), DART-AD (Ballard et coll., 2009, 2008) ainsi que de Van Reekum (Van Reekum et coll., 2002) ont été jugées particulièrement intéressantes pour la démarche OPUS-AP. Les principales caractéristiques de ces études sont résumées dans le tableau 3.3.3.1. Ces études

permettent de mieux comprendre les approches pouvant soutenir la déprescription d'antipsychotique, en mettant en lumière le déroulement de l'étude, l'évaluation de la déprescription, les limites et les recommandations pour des études futures.

3.3.3.1 Grille d'extraction de données (articles scientifiques)

Auteurs (année, pays, nom de l'étude)	Objectifs	Échantillon (Dx, n) et Contexte	Type d'étude/ Devis	Description de l'intervention	Mesures (outils utilisés)	Principaux Résultats	Qualité de l'étude/ Forces et Limites
<p>Brodsky et coll, 2018</p> <p>The Halting Antipsychotic use in Long Term care (HALT)</p> <p>Australie</p>	<p>Évaluer la réduction de l'utilisation d'antipsychotique, utilisé pour traiter les SCPD, au moyen d'une intervention réductrice et d'une éducation des professionnels de la santé.</p>	<p>139 résidents de 23 établissements de SLD prenant des antipsychotiques réguliers pendant 3 mois, sans maladie psychotique primaire, tels que la schizophrénie ou le trouble bipolaire, ou des SCPD sévères.</p>	<p>Étude longitudinale à groupe unique, à mesures répétées.</p>	<p>Protocole de déprescription d'antipsychotique établi. Formation des omnipraticiens, des pharmaciens et des infirmières en institution axée sur la prévention et la prise en charge non pharmacologiques des SCPD.</p> <p>(Début de l'étude, pre-baseline, baseline), 3 mois, 6 mois, 12 mois).</p>	<p>Neuropsychiatric Inventory (NPI) (agitation, agression)</p> <p>Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)</p> <p>SPSS version 22 and GraphPad Prism : test t de Fisher, test de Student, méthode de Bonferroni</p>	<p>Sur les 133 participants pour lesquels des données post-intervention étaient disponibles, les médicaments antipsychotiques ont été arrêtés pour 126 (94,7 %).</p> <p>Au suivi, 86,2 % des participants ne prenaient pas d'antipsychotique régulier à 3 mois, 79,1 % à 6 mois et 81,7 % à 12 mois après l'intervention</p> <p>Le sevrage n'a pas été accompagné de substitution de drogue ou d'une augmentation significative de l'administration d'antipsychotiques ou de benzodiazépines. Il n'y a eu aucun changement au niveau des SCPD.</p> <p>L'agitation et les agressions ont été mesurées par le CMAI et n'ont pas augmentés avec la déprescription d'antipsychotiques.</p>	<p>Limite ; Dans un essai à un seul bras, il est difficile de déterminer si l'un des changements observés est dû à l'intervention ou à une autre variable, dépendant du temps.</p> <p>Recrutement non aléatoire des maisons de soins</p>

Auteurs (année, pays, nom de l'étude)	Objectifs	Échantillon (Dx, n) et Contexte	Type d'étude/ Devis	Description de l'intervention	Mesures (outils utilisés)	Principaux Résultats	Qualité de l'étude/ Forces et Limites
Chenoweth et collaborateurs, 2018 Critical Contextual Elements in Facilitating and Achieving Success with a Person-Centred Care Intervention to Support Antipsychotic Deprescribing for Older People in Long-Term Care HALT study Australia	Soutenir la déprescription d'antipsychotique des personnes âgées en soins de longue durée Offrir une éducation et un soutien dans les soins de TNC majeurs par une approche centrée sur la personne.	22 « champions » de l'étude HALT ont été recrutés pour cette étude. Principalement des infirmières volontaires de chacun des établissements participants. 135 employés de soins directs.	Étude qualitative à facettes multiples Approche de formation du formateur fondée sur des preuves	Les champions HALT ont rempli des questionnaires ouverts et des entretiens semi-structurés afin d'identifier les éléments contextuels qu'ils jugeaient les plus essentiels pour faciliter, éduquer le personnel soignant et assurer le succès de l'intervention à l'étude.	Questionnaires ouverts et des entretiens semi-structurés	Les approches centrées sur la personne aidaient le personnel soignant à réagir de manière proactive aux comportements des résidents en l'absence de médicament antipsychotique. Les champions ont estimé que cela nécessitait un fort soutien de la part de la direction, l'autonomisation du champion pour diriger le changement, la rééducation du personnel soignant et la coopération des familles et des généralistes.	Limite : Les entretiens avec les champions ont été réalisés par le coordinateur du projet, ce qui peut avoir introduit un biais dans les réponses des champions. Recommandation ; Des études futures sur la meilleure manière de faire accepter cette approche par les familles et les médecins des résidents sont recommandées.

Auteurs (année, pays, nom de l'étude)	Objectifs	Échantillon (Dx, n) et Contexte	Type d'étude/ Devis	Description de l'intervention	Mesures (outils utilisés)	Principaux Résultats	Qualité de l'étude/ Forces et Limites
<p>Aerts et coll, 2019</p> <p>Why deprescribing antipsychotics in older people with dementia in long-term care is not always successful: Insights from the HALT study</p> <p>Australie</p>	<p>Examiner les raisons de la represcription d'antipsychotique et les facteurs associés à l'utilisation actuelle d'antipsychotique , en relation avec la réaction du personnel soignant et les changements de comportement perçu</p>	<p>39 participants recrutés, originaires de l'étude HALT, participants sans cessation d'antipsychotique ou ajout d'antipsychotique régulier ou por re nata (PRN) après une déprescription.</p>	<p>Étude rétrospect ive.</p>	<p>Approche par questionnaire (équipes de soins, cliniciens et la famille).</p> <p>Observation et audits. Panel de discussion.</p>	<p>Questionnaire (questions ouvertes ou fermées, choix d'items)</p> <p>Analyse par GraphPadPrism et par SPSS : analyses descriptives, modèle linéaire mixte</p> <p>NPI et CMAI</p>	<p>Les infirmier(ère)s sont le principal conducteur de represcription des antipsychotiques (63,2 %), suivi des membres de la famille, des médecins généralistes, des spécialistes et le personnel de soins.</p> <p>La raison principale de represcription des antipsychotiques était l'augmentation de l'agitation et des comportements d'agressivité</p>	<p>Limites ; Petite taille de l'échantillon. Données et enregistrements incomplets qui limitent la connaissance sur les événements menant à la represcription (antécédents médicaux et son contexte). Difficile de déterminer si des approches non pharmacologiques de gestion des SCPD avaient été mises en œuvre</p>

Auteurs (année, pays, nom de l'étude)	Objectifs	Échantillon (Dx, n) et Contexte	Type d'étude/ Devis	Description de l'intervention	Mesures (outils utilisés)	Principaux Résultats	Qualité de l'étude/ Forces et Limites
<p>Ballard et coll, 2009</p> <p>The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo- controlled trial</p> <p>Royaume-Uni</p>	Évaluer si le traitement par AP des participants atteints de la maladie d'Alzheimer est associé à une augmentation du risque de mortalité.	165 résidents en établissement de soins atteints de TNC majeurs dû à la maladie d'Alzheimer avec prescription d'antipsychotique (chlorpromazine, halopéridol, trifluoperazine, risperidone se retrouvant dans 4 zones différentes du Royaume-Uni.	Essai contrôlé randomisé	Suivi téléphonique fait avec les participants 24 mois après l'inscription du dernier participant à l'étude de 2008.	<p>Analyses par intentions de traiter (ITT) et modification d'intention de traiter (MITT).</p> <p>Analyse de Kaplan-Meier</p>	<p>Réduction de la survie chez les participants qui ont continué à recevoir des AP par rapport à ceux qui ont reçu un placebo. La probabilité de survie pendant les 12 mois était de 70 % dans le groupe de traitement continu par rapport à 77 % dans le groupe placebo pour les participants sous ITT.</p> <p>Kaplan-Meier ; mesurant la mortalité pour l'ensemble de la période d'étude montre une augmentation significative du risque de mortalité pour les patients devant poursuivre un traitement d'antipsychotique par rapport à ceux alloués au placebo.</p>	<p>Limite : la généralisation des résultats est difficile, car les participants étaient inclus que s'ils obtenaient un score MMSE supérieur à 6 points ou un score SIB supérieur à 30 points. Les patients les plus atteints d'incapacité, qui risquent le plus de mourir, ont été exclus de l'essai.</p> <p>Les résultats limités seulement à certains antipsychotiques atypiques</p>

Auteurs (année, pays, nom de l'étude)	Objectifs	Échantillon (Dx, n) et Contexte	Type d'étude/ Devis	Description de l'intervention	Mesures (outils utilisés)	Principaux Résultats	Qualité de l'étude/ Forces et Limites
Ballard et coll, 2008 A Randomised, Blinded, Placebo- Controlled Trial in Dementia Patients Continuing or Stopping Neuroleptics (The DART-AD Trial) Royaume-Uni	Déterminer l'impact d'un traitement à long terme avec des agents neuroleptiques sur le déclin cognitif global et les symptômes neuropsychiatriqu es chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Objectifs secondaires : examiner l'impact des neuroleptiques sur les fonctions cognitives. Déterminer si la déprescription des neuroleptiques est associée à une exacerbation des symptômes neuropsychiatriqu es.	165 participants résidants en SLD avec prescription de neuroleptique ou une perturbation psychiatrique de TNC majeurs pendant au moins 3 mois. (83 poursuites de traitement et 82 placebos, dont 128 (78 %) ont commencé le traitement (64 patients poursuivis/64 pl acebos). Parmi ceux-ci, 26 ont été perdus de vue (13 par bras), ce qui a conduit à l'analyse de 51 patients par groupe.	Essai contrôlé, randomisé à l'aveugle avec deux groupes	Participants répartis au hasard dans deux groupes : poursuite du traitement et placebo. Trois dosages ont été choisis pour chacun des médicaments pour correspondre le plus possible aux doses prescrites aux participants. Les placebos étaient physiquement identiques aux médicaments afin de dissimuler le contenu. Durée de traitement de 12 mois.	<i>Severe impairment battery</i> (SIB) et le <i>Neuropsychi atric Inventory</i> (NPI)	Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour ce qui est du score au SIB entre la ligne de base et 6 mois, Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour ce qui est du score NPI entre la ligne de base et 6 mois.	Limites ; Petite taille de l'échantillon (plus petite que prévu). Le nombre de décès et de retraits empêchait une analyse significative des données au-delà d'un suivi de 6 mois. Une proportion non négligeable de patients n'a pas commencé le traitement attribué pour diverses raisons : maladies concomitantes. Solution proposée : exclure les personnes atteintes de TNC majeurs profonds ou présentant un certain degré de fragilité physique, mais cela nuirait à la généralisation des résultats.

Auteurs (année, pays, nom de l'étude)	Objectifs	Échantillon (Dx, n) et Contexte	Type d'étude/ Devis	Description de l'intervention	Mesures (outils utilisés)	Principaux Résultats	Qualité de l'étude/ Forces et Limites
Van Reekum et coll, 2002 Canada	Étudier l'impact de la déprescription des antipsychotiques chez les résidents atteints de TNC majeurs dans les établissements de SLD et d'identifier les prédicteurs cliniques de l'arrêt du traitement par AP en toute sécurité	34 résidents atteints de TNC majeurs avec prescription d'antipsychotique depuis plus de 6 mois et dont le comportement est stable	Essai contrôlé randomisé à double insu	Assignation au hasard des résidents soit continuer leur traitement d'AP (n=16) soit prendre un placebo (n=17) pendant 6 mois précédés d'une période de 2 semaines pré- test et 2 semaines de réduction de dose.	BEHAV- AD : score global (comportements) NPI : comportements moteurs MMSE : cognition Chi carré/test t Analyses descriptives Analyse de régression	Le groupe placebo avait moins d'aggravation des comportements moteurs mesurés par le NPI comparés au groupe actif L'arrêt d'antipsychotique à long terme, dans les établissements de SLD chez les résidents atteints de TNC majeurs semble être sécuritaire, avec des taux prévus d'aggravation significative du comportement d'environ 26 % au cours des 6 prochains mois, que le médicament soit maintenu ou non. Trois sujets du groupe placebo ont été retirés de l'étude en raison d'une aggravation des symptômes extrapyramidaux. Le groupe de traitement actif présentait davantage de problèmes par rapport au groupe placebo.	Force : l'étude est un essai contrôlé randomisé à double insu et il y a une assignation aléatoire. C'était la plus longue étude à ce jour en 2002. Limite : petite taille de l'échantillon qui diminue la capacité de détecter des différences statistiquement significatives entre les groupes Les auteurs notent l'importance de la durée relativement longue de ce genre d'étude.

L'étude « *The Halting Antipsychotic use in Long Term care* » (HALT) de Brodaty et ses collaborateurs, publiée en 2018, avait pour but d'évaluer la réduction d'antipsychotique utilisé pour traiter les SCPD, au moyen d'un protocole de déprescription d'antipsychotiques. Les interventions sont basées sur la formation des professionnels de la santé (médecins généralistes, pharmaciens et infirmières), axée sur la prévention et la gestion non pharmacologiques des SCPD (Brodaty et coll., 2018). La déprescription a été possible chez 126 résidents (97,4 %). L'agitation et les agressions ont été mesurées par le CMAI et n'ont pas augmenté avec la déprescription d'antipsychotique. De plus, la déprescription d'antipsychotiques n'a pas été associée à une augmentation de l'usage de benzodiazépines. Aucun changement significatif n'a été rapporté pour le NPI après la déprescription d'antipsychotique. Les chutes ont été mesurées avant et après la déprescription et il n'y avait pas de différence significative. Cette étude conclut que l'on devrait encourager la déprescription d'antipsychotique chez les personnes atteintes TNC majeurs vivant en établissement de SLD conformément aux directives existantes. Les auteurs suggèrent que les mesures mises en œuvre, similaires à celles déployées dans OPUS-AP, pourraient servir de modèle pour une intégration plus large dans les pratiques et la prise en charge du TNC majeur (Brodaty et coll., 2018).

Chenoweth et ses collaborateurs ont publié en 2018 une analyse secondaire des éléments contextuels favorables et défavorables à la mise en place de l'étude HALT. Cette étude a révélé que les approches centrées sur la personne aidaient grandement les équipes de soins en l'absence de médicaments (déprescription) (Chenoweth et coll., 2018).

En 2019, Aerts et ses collaborateurs ont publié une analyse secondaire de HALT qui avait pour objectif d'examiner les raisons de la represcription d'antipsychotique et les facteurs associés à l'utilisation actuelle de ceux-ci en relation avec la réaction du personnel soignant et les changements de comportement perçus. L'étude conclut conclusion que les infirmier(ère)s sont le principal conducteur de represcription des antipsychotiques (63,2 %), suivi des membres de la famille, des médecins généralistes, des spécialistes et le personnel de soins. Ces résultats démontrent l'importance d'avoir l'appui de l'entourage et du personnel soignant pour éviter la represcription lorsque l'on désire déprescrire à long terme, une approche inclusive préconisée dans OPUS-AP.

L'étude de Ballard et collaborateurs publiée en 2008 et réalisée au Royaume-Uni avait pour but de déterminer l'impact du retrait d'un traitement par neuroleptiques sur le déclin cognitif et les SCPD, mesurés par le *Severe impairment battery* (SIB) et le *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (n=165) (Ballard et coll., 2008). Les participants ont été répartis au hasard dans deux groupes : poursuite du traitement et placebo. Aucune différence significative entre les deux groupes dans la variation moyenne estimée des scores au SIB entre la différence initiale estimée et la différence de dégradation sur 6 mois, ajustée pour la valeur de base ($p=0,9$). De plus, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été relevée en ce qui concerne les symptômes neuropsychiatriques (n=56 et 53, respectivement) dans l'estimation de la variation moyenne des scores NPI entre la valeur initiale et la différence estimée de détérioration sur 6 mois ($p = 0,4$). Les auteurs en arrivent à la conclusion que la déprescription d'antipsychotique n'a eu aucun effet négatif sur l'état fonctionnel et cognitif. Les antipsychotiques peuvent avoir une certaine valeur dans le traitement d'entretien des symptômes neuropsychiatriques plus graves, mais cet avantage doit

être mis en balance avec les effets secondaires du traitement (Ballard et coll., 2008). Leur étude pouvait avoir certaines limitations, dont un échantillon faible à 12 mois de suivi et l'utilisation d'antipsychotique typique.

Ballard et ses collaborateurs ont également publié en 2009 une autre étude avec les mêmes participants 24 mois après l'étude de 2008. Elle avait pour but d'évaluer si le traitement par antipsychotiques (AP) des participants atteints de la maladie d'Alzheimer était associé à une augmentation du risque de mortalité (Ballard et coll., 2009). Les participants ont été assignés au hasard à continuer leur traitement par antipsychotique pendant 12 mois ou prendre un placebo (déprescription) (Ballard et coll., 2009). Les auteurs affirment qu'il y a une réduction de la survie chez les participants qui ont continué à recevoir des AP par rapport à ceux qui ont reçu un placebo. Plus précisément, la probabilité cumulée de « survie » au cours des 12 mois était de 70 % dans le groupe de traitement continu par rapport à 77 % dans le groupe placebo. Les auteurs suggèrent que la déprescription d'antipsychotique peut notamment diminuer les risques de mortalité. En effet, les estimations de Kaplan — Meier concernant la mortalité pour l'ensemble de la période d'étude, ont montré un risque de mortalité accru pour les participants qui étaient assignés à poursuivre un traitement antipsychotique par rapport à ceux alloués au placebo ($p = 0,02$).

L'étude de Van Reekum et ses collaborateurs, réalisée au Canada et publiée en 2002, avait pour but d'étudier l'impact de la déprescription des antipsychotiques chez les résidents atteints de TNC majeurs dans les établissements de SLD et d'identifier les prédicteurs cliniques de l'arrêt du traitement par antipsychotiques en toute sécurité. Cette étude rassemblait des résidents atteints de TNC majeurs avec une prescription d'antipsychotique avec un comportement stable ($n=34$) suivi pendant 6 mois. Cet essai randomisé à double insu a

également utilisé l'assignation aléatoire des participants pour les deux groupes (continuation et placebo), afin de mesurer si l'arrêt d'antipsychotique était sécuritaire (Van Reekum et coll., 2002). Cette étude comparait les participants du groupe placebo et du groupe de continuation en utilisant des variables démographiques (âge, sexe, diagnostic de TNC majeurs...) ainsi que des variables concernant l'évaluation cognitive et comportementale. Le groupe placebo avait moins d'aggravation des comportements moteurs mesurés par le NPI comparés au groupe de poursuite des antipsychotiques. Les analyses de régression suggèrent qu'une dose plus élevée d'antipsychotique peut être associée à une exacerbation des SCPD.

3.3.4 Le sommaire des guides de pratiques cliniques, des revues systématiques et des études

Le sommaire de ces études clés a permis de faire état des connaissances actuelles dans le domaine de la déprescription, mais également de mettre en lumière les différentes limites pouvant être palliées dans le cadre d'études futures. À cet effet, une petite taille de l'échantillon peut devenir une limite importante (Ballard et coll., 2009, 2008 ; Brodaty et coll., 2018 ; Van Reekum et coll., 2002). Toutefois, il n'en demeure pas moins que les auteurs restent confiants en ce qui concerne les bienfaits de la déprescription d'antipsychotiques considérant les recommandations convergentes émises par les auteurs des différentes études. L'INESSS conclut que les programmes de déprescription d'antipsychotique pourraient être incorporés dans la pratique, sans modification néfaste significative du comportement (INESSS, 2017).

Des auteurs suggèrent par ailleurs une prudence dans la déprescription d'antipsychotiques pour les personnes présentant des SCPD plus graves, parce qu'ils seraient jugés plus à risque de connaître une recrudescence de certains symptômes après la déprescription d'antipsychotique (Declercq et coll., 2013). Ces conclusions sont appuyées par

Chenoweth et ses collaborateurs (2018), qui stipulent que des doses plus faibles d'antipsychotiques pourraient être jumelées à des approches non pharmacologiques dans de tels cas.

3.4 Les interventions non pharmacologiques

Le document «usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs qui résident en CHSLD» de l'INESSS privilégie l'utilisation d'interventions non pharmacologiques pour réduire les SCPD auprès des résidents atteints de TNC majeurs (INESSS, 2017). Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) cité par l'INESSS indique entre autres que l'aromathérapie, la stimulation multisensorielle ou l'utilisation thérapeutique de la musique ou de la danse, la thérapie assistée par les animaux et le massage pourraient être des traitements adéquats pour ces personnes (NICE, 2015). Ces interventions non pharmacologiques efficaces reposent sur la mise en œuvre d'une approche centrée sur la personne, l'individualisation des interventions en fonction de l'histoire personnelle, des valeurs, des préférences du résident et des objectifs cliniques et en fonction des capacités préservées (Haute Autorité de Santé s. d. ; INESSS, 2017). Les interventions non pharmacologiques ont été présentées sommairement, mais elles ne doivent pas être négligées pour autant. Toutefois, en raison de l'absence de mesures sur les interventions non pharmacologiques dans OPUS-AP, elles ne seront pas davantage abordées dans ce mémoire.

En somme, la littérature démontre :

- 1) l'utilisation excessive des antipsychotiques chez les personnes âgées atteintes de TNC majeurs qui résident dans les CHSLD au Québec (INESSS, 2017) ;

2) l'efficacité modeste des antipsychotiques pour traiter les SCPD chez les personnes âgées atteintes de TNC majeurs (INESSS, 2017) ;

3) l'innocuité problématique des antipsychotiques dont l'usage est associé à des événements indésirables comme la mortalité, les AVC et les chutes chez les personnes âgées atteintes de TNC majeurs (Tampi et coll, 2016) ;

4) la déprescription des antipsychotiques serait envisageable pour une majorité des résidents des CHSLD atteints de TNC majeurs ayant des SCPD, sans modification significative du comportement (Declercq et coll, 2013).

4 Cadre conceptuel

Les interventions d'OPUS-AP sont basées en partie sur le modèle d'application des connaissances intégrées proposées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (Gouvernement du Canada, 2012). C'est un processus d'action qui permet de faire le pont entre les évidences scientifiques et la pratique clinique. L'application des connaissances intégrée comporte une série d'étapes qui peuvent s'influencer mutuellement (Graham et coll., 2006).

La première étape est d'identifier un problème. Comme stipulé antérieurement, le problème réside dans l'utilisation inappropriée des antipsychotiques en CHSLD chez les résidents avec TNC majeurs. La deuxième étape consiste à identifier, réviser et sélectionner les connaissances pertinentes, ce qui a été réalisé par le biais de la recension des écrits. Les concepts d'efficacité, d'innocuité et de déprescription des antipsychotiques ont été utilisés

pour cibler les informations adéquates. Cette étape vise à déterminer s'il existe un écart entre les connaissances identifiées et la pratique clinique. En effet, la littérature démontre que l'on doit appliquer les recommandations émises par les guides cliniques. L'étape suivante est donc d'adapter les connaissances identifiées au contexte local. C'est ce qui est visé par la démarche OPUS-AP en améliorant l'utilisation des antipsychotiques et la qualité des soins dans les CHSLD, dans le contexte québécois. Cela concerne la prise de décision examinant la valeur, l'utilité et la pertinence des connaissances particulières par rapport à leur contexte et à leurs circonstances. Le processus caractérisant cette étape peut être plus ou moins formel, bien qu'il constitue une étape critique. Cette adaptation au contexte local a notamment été réalisée par l'INESSS (INESSS, 2017). L'étape suivante consiste à évaluer les barrières qui pourraient empêcher de faire concorder les connaissances à la pratique clinique dans les CHSLD. On cherche ainsi à pallier à ces obstacles à l'aide de stratégies d'application des connaissances intégrées, correspondant aux ateliers de formation et des webinaires, mis en place pour soutenir les équipes de soins. S'ensuit l'étape visant à surveiller l'utilisation des connaissances. Il en existe trois types : 1) l'utilisation conceptuelle qui décrit les changements dans les différents niveaux de connaissances, de compréhension et d'attitudes ; 2) l'utilisation instrumentale qui décrit les changements de comportement ou de pratique et 3) l'utilisation stratégique qui fait référence à la manipulation des connaissances afin d'être en mesure d'atteindre des objectifs spécifiques. La démarche OPUS-AP cible principalement une utilisation instrumentale des connaissances. Tel que stipulé par le modèle, « L'évaluation de l'impact de l'utilisation des connaissances est la seule façon de déterminer si les efforts visant à promouvoir son adoption ont été couronnés de succès » (Graham et coll., 2006). La dernière étape vise à maintenir l'utilisation continue des connaissances. Graham et ses collaborateurs affirment que cette étape est récente en recherche. « Cela consiste à évaluer les obstacles à la

pérennisation ou à l'utilisation des connaissances, d'adapter les interventions à cette utilisation et à en évaluer l'impact sur l'utilisation à court et à plus long terme des connaissances » (Graham et coll., 2006).

5 Hypothèses

- La mise en place de stratégies d'application des connaissances intégrée est associée à une déprescription (cessation ou diminution de dose) d'antipsychotique chez les résidents des CHSLD québécois atteints de TNC majeurs.
- La déprescription (cessation ou diminution de dose d'antipsychotique) n'entraînera pas :
 - L'augmentation de la prescription de benzodiazépines et d'antidépresseurs.
 - L'augmentation des SCPD, notamment les hallucinations et les idées délirantes.
- La déprescription (cessation ou diminution de dose) d'antipsychotique est associée à une réduction des chutes.

6 Méthodologie de recherche

6.1 Stratégie d'acquisition

6.1.1 Dispositif de recherche

L'évaluation de l'impact de la démarche OPUS-AP sur les pratiques cliniques repose sur une cohorte longitudinale qui permet d'examiner les changements auprès des mêmes sujets sur une période de temps et d'établir des relations (Fortin et Gagnon, 2010). La cohorte est « fermée », puisque son *membership* est fixe. Ceci implique qu'un résident admis à l'unité

participante du CHSLD qui ne répond pas aux critères de sélection à T0, mais qui rencontre ces critères ultérieurement, ne sera pas inclus à la cohorte. Le *membership* peut par contre décroître par exemple lors de décès ou de transfert à une autre unité.

La démarche OPUS-AP est une étude quantitative puisqu'elle repose sur les mesures d'un phénomène et l'analyse de données numériques. Elle implique une collecte de données qui sera quantifiable et qui pourra être généralisée (Fortin et Gagnon, 2010) à un plus grand nombre de CHSLD. La démarche OPUS-AP est considérée comme étant « appliquée » puisqu'elle se déroule dans un contexte réel de soins et « pragmatique » puisqu'elle laisse beaucoup de latitude aux cliniciens dans sa mise en œuvre. L'impact de l'intervention est mesuré par un devis de type quasi expérimental, où un seul groupe est évalué à plusieurs reprises. Le devis est qualifié de quasi expérimental en raison de l'absence de groupe témoin et d'une répartition aléatoire des participants.

6.2 La stratégie d'application des connaissances intégrées

La stratégie d'application de connaissances intégrées inclut la formation (sous forme de webinaires, d'un atelier de lancement de 2 jours en présentiel, d'une formation de 2 jours sur les approches centrées sur les résidents), les leaders cliniques/champions, les outils cliniques, les experts cliniques ainsi que les audits et rétroactions.

6.2.1 La formation

La formation est composée des éléments suivants :

6.2.1.1 L'atelier de lancement de 2 jours

L'atelier de lancement de 2 jours s'est déroulé le 29 et 30 novembre 2017. Durant la première journée, les présentations portaient sur des projets collaboratifs de la FCASS, la démarche OPUS-AP, la gestion du changement dans la transformation de la pratique, et la place de l'éthique dans la démarche. Il s'en suivit une conférence ayant pour thème les SCPD en vue d'aider à comprendre la maladie et les symptômes associés aux TNC majeurs. La journée s'est conclue par un bloc d'ateliers ayant pour thème « comprendre les besoins des résidents et de ses proches », suivi d'une plénière. La deuxième journée commença par une discussion en plénière portant sur l'importance de l'évaluation et de la mesure dans le projet. Il s'en suivit d'un deuxième bloc d'ateliers concernant la gestion des comportements SCPD et des outils proposés par l'INESSS. Une conférence portant sur la collaboration interprofessionnelle et le partenariat clôtura la journée.

Une formation de deux jours a également été offerte. Elle avait pour thème les approches centrées sur les résidents.

6.2.1.2 Webinaires

La formation est offerte sous forme de webinaires, qui sont diffusés afin de transmettre les connaissances et les outils cliniques nécessaires à la réalisation des interventions. Ceux-ci aident à suivre les différentes étapes de l'étude et permettent de répondre aux questions posées par les équipes de soins. La formation était offerte aux équipes prenant part à la démarche OPUS-AP.

Date	Titre
4 octobre 2017	Présentation de la démarche OPUS-AP
25 octobre 2017	Présentation de la démarche : les étapes de la mise en œuvre du projet et les éléments clés
24 janvier 2018	Évaluation et la mesure
7 février 2018	Partenariat avec les résidents et les proches aidants
21 février 2018	Les plans d'intervention interdisciplinaire, le travail d'équipe et les caucus
21 mars 2018	Révision des médicaments et la déprescription
4 avril 2018	La déprescription et la révision des médicaments — webinaire pour les médecins et pharmaciens
6 avril 2018	Présentation des données temps 0
2 mai 2018	Webinaire pour les gestionnaires
30 mai 2018	Présentation de l'équipe CISSSMC
11 juin 2018	Présentation des résultats T3
15 août 2018	Présentations des RésultatsT6
21 novembre 2018	Présentation finale des équipes

Les webinaires portaient principalement sur l'évaluation, la mesure, les médicaments et la déprescription d'antipsychotique qui sont les thèmes principaux de ce mémoire. Notamment, le 24 janvier 2018 avait lieu le webinaire sur l'évaluation et la mesure. Cette présentation avait pour but d'expliquer les outils nécessaires à l'évaluation. Elle permettait de

bien comprendre les critères d'inclusion à la cohorte de suivi, les critères de non-admissibilité à la déprescription d'antipsychotique, le fonctionnement du Research Electronic Data Capture (REDCap^{MD}) et la manière d'accéder via un bureau virtuel à des ressources importantes pour saisir les données. Par la suite, le webinaire du 29 mars portait sur la déprescription d'antipsychotique et, plus précisément, sur la mesure des SCPD. Il permettait de mieux comprendre l'importance de favoriser des interventions non pharmacologiques, mais également de préciser le moment opportun pour y recourir. Enfin, les webinaires s'étant tenu les 6 avril, 11 juin et 15 août 2018 offraient une présentation des résultats aux différents temps de mesures, soit de T0, T3 et T6.

6.2.2 Leaders cliniques/champions

Dans le cadre d'une stratégie de « formation des formateurs »/« *train the trainer* », les cliniciens et le personnel ayant participé à l'atelier de lancement et à la formation sur les approches centrées sur les résidents étaient appelés à jouer un rôle de leader clinique/champion pour les cliniciens et le personnel de leur établissement.

6.2.2.1 Outils cliniques

Du matériel éducatif était regroupé et rendu disponible sur un bureau virtuel accessible par Internet et facilitant l'accès aux documents. L'avis de l'INESSS (INESSS, 2017), un outil de déprescription des antipsychotiques et les présentations/enregistrements des webinaires sont des exemples des documents disponibles sur le bureau virtuel.

6.2.3 Experts cliniques

Un accompagnement personnalisé était également offert par des cliniciens experts (pharmacien, gériopsychiatre, médecin de famille, infirmière) et par un responsable provincial qui a également effectué des entrevues téléphoniques et des visites des CHSLD.

6.2.4 Audits et feedback

À partir des données recueillies (médicaments psychotropes, SCPD, chutes), des rapports pour : 1) l'ensemble des CHSLD et 2) chacun des CHSLD ont été produits à chaque temps de mesure pour donner un aperçu des avancées de la démarche.

6.3 Stratégie d'observation

6.3.1 Population

- **Population cible**

- Les résidents de CHSLD du Québec atteints d'un TNC majeur avec prescription d'antipsychotique.

- **Population accessible**

- Les résidents atteints d'un TNC majeur avec une prescription d'antipsychotique résidant dans les 24 CHSLD participants à la phase 1 de la démarche OPUS-AP.

6.3.2 Critères de sélection

6.3.2.1 Résidents admis aux unités participantes à OPUS-AP

La phase 1 de la démarche OPUS-AP a été menée dans les 24 CISSS et CIUSSS du Québec (annexe 1) ayant au moins une installation de CHSLD. Chaque CHSLD a désigné une unité participant à la démarche OPUS-AP.

6.3.2.2 Critères : cohorte de suivi

Parmi les résidents admis aux unités participantes à la démarche OPUS-AP, une cohorte de suivi a été constituée. Les critères de sélection sont :

- 1) admission dans une unité au sein d'un CHSLD participant au projet ;
- 2) diagnostic de TNC majeurs documenté dans le dossier du résident ;
- 3) prescription d'un ou plusieurs antipsychotiques ;

6.3.2.3 Critères de non-admissibilité à la déprescription d'antipsychotique

Les cliniciens devaient juger de l'admissibilité à la déprescription d'antipsychotique des résidents inclus dans la cohorte de suivi. Les critères suivants de non-admissibilité à la déprescription d'antipsychotique étaient proposés aux équipes cliniques.

La prescription d'antipsychotique pour :

- Un résident présentant des symptômes psychotiques ou des symptômes d'agressivité en présence d'un danger pour le résident ou pour autrui.
- Un résident souffrant de schizophrénie ou troubles psychotiques apparentés.

- Un résident ou sa famille qui désire poursuivre l'antipsychotique comme prescrit.
- Un résident avec un trouble dépressif majeur ou apparenté.
- Un résident avec un trouble bipolaire ou apparenté.
- Un résident dans un contexte de soins de fin de vie.
- Un résident avec une déficience intellectuelle.
- Un résident qui n'est plus admis au sein de l'unité depuis l'importation des données « médicaments ».
- Un critère d'admissibilité autre que ceux mentionnés ci-dessus (ex ; traumatisme crânien, Parkinson, trouble anxieux généralisé, trouble de la personnalité, etc.)

Il est à noter qu'en raison de l'évolution de l'état clinique des résidents, l'admissibilité à la déprescription d'antipsychotique était évaluée à chaque temps de mesure. Un résident admis à la cohorte de suivi pouvait être non-admissible à la déprescription à T0, mais l'être à T3. Par exemple, la famille ou le résident admis à la cohorte de suivi pouvaient décider à T3 d'accepter la déprescription d'antipsychotique qu'ils avaient refusée à T0 ou encore présenter des comportements d'agressivité à T0 qui se sont résorbés à T3.

6.4 Procédure de recrutement

La décision de réaliser la démarche OPUS-AP a été prise au comité de gestion du réseau (CGR) du MSSS. Celui-ci regroupe notamment les PDG de tous les CISSS/CIUSSS du Québec. Chaque CISSS/CIUSSS ayant au moins une installation de CHSLD a choisi la/les unité(s) participant à la démarche OPUS-AP. Tous les résidents des unités participantes étaient inclus dans la démarche. Aucun formulaire de consentement n'a été requis par le comité d'éthique de la recherche. Il est à noter que le résident ou la famille pouvaient signifier qu'ils désiraient continuer l'antipsychotique comme prescrit. De plus, le formulaire de consentement

n'a pas été requis puisque l'on considère que le risque pour les résidents est minime et que ne pas mettre en place la déprescription des antipsychotiques chez certains résidents serait jugé inadéquat en vertu des données probantes existantes.

6.5 Définition opérationnelle des variables

Ces variables permettent de mettre en lumière les indicateurs de bonnes pratiques rapportés par les équipes de soins lors des interventions en vue de répondre aux hypothèses et objectifs de la présente étude,

L'*outcome* primaire de l'étude présentée dans ce mémoire est la mesure des changements dans la prescription d'antipsychotique entre les deux temps de mesure (T3 et T0).

Les *outcomes* secondaires sont les changements entre les deux temps de mesure (T3 et T0) pour :

- La prescription de benzodiazépines
- La prescription d'antidépresseurs
- La fréquence des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
- Le nombre de chutes

6.5.1 Antipsychotiques

Pour mesurer les changements dans la prescription des antipsychotiques, les modifications suivantes seront évaluées à la valeur de base (T0) et à T3 :

- Aucun changement

- Cessation
- Ajout
- Diminution de dose
- Augmentation de dose
- Un changement pour une dose globale équivalente
- Le même antipsychotique à dose régulière vers une dose PRN (au besoin)
- Le même antipsychotique qui est pris PRN (au besoin) vers une dose régulière
- Une transition entre 2 antipsychotiques.

6.5.2 Benzodiazépines et antidépresseurs

Les changements suivants seront mesurés pour la prise de benzodiazépines et d'antidépresseurs à la valeur de base (T0) et à T3 :

- aucun changement-présence
- aucun changement-absence
- un ajout
- un retrait

6.5.3 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Les changements quant à la fréquence et à l'intensité des SCPD seront mesurés à chaque temps de mesure (T0 et T3) par le CMAI ainsi que le NPI (sous-échelles d'hallucinations et d'idées délirantes seulement).

6.5.3.1 *Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*

Ce questionnaire permettra de mesurer les changements dans la prévalence des SCPD sur une échelle de fréquence allant de 1 (*ne s'est jamais manifesté*) à 7 (*s'est manifesté plusieurs fois par heure*). Ce questionnaire regroupe 29 comportements différents (annexe 1). Les scores moyens ont d'abord été calculés pour T0 et T3 (sur un total de 203 points), puis comparés entre les deux temps de mesure afin de vérifier s'il existe une différence cliniquement significative. Une différence de 30 % entre les scores indiquait que cette différence était cliniquement significative (Devanand et coll., 2013). Dans le cadre de la démarche OPUS-AP, ce sont les cliniciens qui étaient responsables de l'administration des questionnaires.

Les qualités métrologiques du CMAI peuvent être qualifiées de bonnes : sa fidélité interjuge ($r = .72$), sa stabilité temporelle ($r = .72$), sa consistance interne (alpha de Cronbach¹ variant de .75 à .77), sa validité concomitante ($r = .74$) et sa validité de construit (tous les r sont significatif, $p < .05$) ont été éprouvées (Deslauriers, Landreville, Dicaire, et Verreault, 2001). En effet, plus le coefficient est proche de 1, plus la relation linéaire est positive et forte entre les variables. Ces qualités métrologiques et son utilisation fréquente dans les études viennent appuyer le choix d'utiliser ce questionnaire pour mesurer la prévalence des SCPD.

¹ « Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés » (Fortin et Gagnon, 2010)

6.5.3.2 Neuropsychiatric Inventory (NPI)

La version standard du NPI est utilisée à la base pour évaluer les symptômes comportementaux liés aux troubles neurocognitifs («Neuropsychiatric Inventory», s. d.). Celui-ci permet d'apprécier 12 types de comportements par leur fréquence, leur retentissement et leur gravité (annexe 2). Dans le cadre d'OPUS-AP, deux comportements (hallucinations et idées délirantes) parmi les 12 ont été évalués. Ce questionnaire a donc été principalement utilisé pour déterminer la présence d'hallucinations et d'idées délirantes chez les résidents participant à la démarche OPUS-AP. Cummings (1997) a démontré que le NPI présentait une fidélité test-retest très élevée : $r(20) = 0,79$. La fiabilité inter évaluateur était de 93,6 % à 100 %, selon le sous-domaine. (Cummings et coll., 1997 cité dans l'American Psychological Association, s.d.). Il a été constaté que les sous-domaines du NPI étaient significativement corrélés aux domaines des échelles d'évaluation BEHAVE-HD et Hamilton (HAM-D) (Cummings et coll., 1997 cité dans l'American Psychological Association, s.d.). Cette échelle d'évaluation possède donc une validité concomitante intéressante. La version abrégée (NPI-R) démontre de très bonnes qualités métrologiques en ce qui concerne la fidélité test-retest (Élevée : 80 % pour tous les SCPD) et une bonne validité de convergence (Élevée : 84 % pour tous les SCPD) (INESSS, s. d.). Elle a en outre souvent été utilisée dans d'autres études mesurant la prévalence des SCPD (Declercq et coll., 2013 ; Tampi et coll., 2016). Le NPI-R est une version d'une durée de 10-15 minutes, alors que la version standard est d'une durée de 30-45 minutes.

6.5.4 Les chutes

La fréquence des chutes a été mesurée à chaque temps de mesure par une variable catégorielle :

- Aucune chute dans les 30 derniers jours.
- Une seule chute dans les 30 derniers jours.
- 2 chutes ou plus dans les 30 derniers jours.

Les changements dans la survenue des chutes seront également mesurés. Il y aura également trois catégories, soit :

- Aucun changement
- Diminution des chutes
- Augmentation des chutes

6.6 Variables descriptives

Les variables permettant de décrire l'échantillon sont les suivantes :

6.6.1 Identifiant

Le numéro de dossier de chaque établissement jumelé à un identifiant d'établissement a servi d'identifiant unique des résidents.

6.6.2 Caractéristiques démographiques

L'âge et le sexe des résidents ont permis de tracer un portrait de la population étudiée.

6.6.3 Le statut et la perte au suivi des résidents

Le statut des résidents a été évalué à chaque temps de mesure afin d'évaluer les pertes au suivi. Cela permettra de connaître le nombre de résidents admis ou non à la cohorte de suivi au deuxième temps de mesure (T3). La variable a été catégorisée en :

- L'admission à l'unité participante (admis à la cohorte de suivi à T3)
- L'admission à une unité de CHSLD autre que l'unité participante
- Une admission en soins aigus (retour éventuel à l'unité du CHSLD participante)
- Congé
- Décès
- Autres

6.7 Instruments de saisie des données

6.7.1 Dispositif de saisie de données

Le logiciel REDCap^{MD} a été utilisé pour la saisie des données d'OPUS-AP. C'est un logiciel web sécurisé qui permet de gérer des bases de données en ligne. Celui-ci peut être utilisé pour collecter virtuellement tout type de données. Il est soumis à la réglementation 21 CFR Part 11 (sécurité des enregistrements et signatures électroniques) émise par la Food and Drug Administration (FDA), du Federal Information Security Management Act of 2002 (FISMA) et *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) (protection de l'information). Il est spécifiquement conçu pour colliger les données en ligne ou hors ligne dans le cadre d'études multicentriques (« Software – REDCap », s. d.). Ce logiciel fournit également des procédures de téléchargements de données vers des logiciels comme Excel ou

vers le *statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Le choix du logiciel REDCap^{MD} rend possible l'hébergement des données au CIUSSS de l'Estrie-CHUS de manière sécuritaire et confidentielle. Il permet également l'organisation et l'analyse des données par silos (CHSLD).

Deux procédures de saisie de données ont été utilisées pour la démarche OPUS-AP. Les données « médicaments » ont été extraites des logiciels pharmacie SyPhaC^{MD} et GESPHARx8^{MD} utilisés dans les CHSLD, puis importées dans REDCap^{MD}. Les autres données ont été saisies directement dans REDCap^{MD} par les cliniciens des CHSLD participant au projet OPUS-AP. Chaque clinicien dispose d'un accès à REDCap^{MD} permettant de garder une trace des actions réalisées dans le logiciel pour la saisie des données.

6.8 Déroulement de la collecte des données

La cohorte a été suivie sur une période s'échelonnant au total sur 9 mois, comprenant une saisie de données aux 12 semaines. Toutefois, dans le cadre de la sous-étude faisant l'objet de ce présent mémoire, seuls les changements survenus entre les deux premiers temps de mesure (T0 et T3) seront considérés. Les indicateurs de bonnes pratiques ont donc été colligés au *baseline* (T0) en janvier 2018 et à 3 mois (T3) en avril 2018 par les cliniciens. Mentionnons qu'aucune donnée n'a été saisie entre T0 et T3 afin de limiter le temps dédié à la collecte de données et maximiser celui consacré aux soins des résidents.

7 Stratégie d'analyse

7.1 Logiciel : Statistical Package for Social Sciences (SPSS)

Le logiciel *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) a été choisi afin de mener à bien les analyses en concordance avec les objectifs de cette recherche. Il permet d'importer et d'exporter facilement des bases de données, incluant les données de REDCap vers SPSS. Il est donc possible de manipuler, concaténer, scinder et apparier des fichiers. Le logiciel peut faire un recodage de variables et en créer d'autres à partir de variables déjà existantes. Il permet de faire des analyses univariées et multivariées. Les fonctions qu'offre SPSS permettent donc de faire les analyses adéquates de manière optimale au moyen des données disponibles.

8 Plan d'analyse statistique

Le plan d'analyse présente comment les variables sociodémographiques et cliniques ont été soumises à des analyses descriptives et statistiques au sein des différentes populations étudiées.

8.1 Caractéristiques de tous les résidents admis aux unités participantes au projet OPUS-AP

- Âge : moyenne \pm écart-type (variable quantitative continue)
- Sexe : n (%) (variable nominale catégorielle)
- Diagnostic de TNC documenté dans le dossier du résident : n (%) (oui ou non ; variable catégorielle)
- Prescription de benzodiazépines ; n (%) (oui ou non ; variable catégorielle)

- Prescription d'antidépresseurs ; n (%) (oui ou non ; variable catégorielle)
- Prescription d'au moins un antipsychotique ; n (%) (oui ou non ; variable catégorielle)
- Résidents admis à la cohorte de suivi : diagnostic de TNC majeurs ET prescription d'au moins un antipsychotique ; n (%) (oui ou non ; variable catégorielle)

8.2 Caractéristiques des résidents admis à la cohorte de suivi au temps 0 et au temps 3

- Âge : moyenne \pm écart-type (variable quantitative continue)
- Sexe : n (%) (variable nominale catégorielle)
- Prescription de benzodiazépines ; n (%) (oui ou non ; variable catégorielle)
- Prescription d'antidépresseurs ; n (%) (oui ou non ; variable catégorielle)
- CMAI : score total ; moyenne \pm écart-type (variable continue)
- NPI :
 - Présence d'hallucinations : n (%) (variable catégorielle)
 - Présence d'idées délirantes ; n (%) (variable catégorielle)
- Chutes ;
 - Aucune chute dans les 30 derniers jours ; n (%) (variable catégorielle)
 - Une seule chute dans les 30 derniers jours ; n (%) (variable catégorielle)
 - 2 chutes ou plus dans les 30 derniers jours ; n (%) (variable catégorielle)
- Le total des résidents admissibles à la déprescription d'antipsychotique ; n (%)
- Les critères de non-admissibilité à la déprescription d'antipsychotique : (oui ou non ; variable catégorielle)
 - Un résident avec des symptômes psychotiques ou des symptômes d'agressivité en présence d'un danger pour le résident ou pour autrui ; n (%)

- Un résident souffrant de schizophrénie ou troubles psychotiques apparentés ; n (%)
- Un résident ou sa famille qui désire poursuivre l'antipsychotique comme prescrit ; n (%)
- Un résident avec un trouble dépressif majeur ou apparenté ; n (%)
- Un résident avec un trouble bipolaire ou apparenté ; n (%)
- Un résident dans un contexte de soins de fin de vie ; n (%)
- Un résident avec une déficience intellectuelle ; n (%)
- Un résident qui n'est plus admis à l'unité depuis l'importation des données « médicaments » ; n (%)
- Un critère d'admissibilité autre que ceux mentionnés ci-dessus ; n (%)

8.3 Médicaments psychoactifs sélectionnés

Une liste de chaque médicament des trois classes de médicaments ci-dessous utilisés à dose régulière et à dose prise au besoin (PRN) pour les résidents admis à la cohorte de suivi à T0 et à T3.

- Antipsychotiques ; n (%) (variable catégorielle)
- Benzodiazépines ; n (%) (variable catégorielle)
- Antidépresseurs ; n (%) (variable catégorielle)

8.4 Changements entre T0 et T3 pour les résidents admissibles à la déprescription d'antipsychotique aux deux temps de mesure avec et sans déprescription

- Âge : moyenne \pm écart-type (variable quantitative continue)
- Sexe : n (%)
- Changement antipsychotique ;
 - Aucun changement ; n (%)
 - Cessation ; n (%)
 - Diminution de dose ; n (%)
 - Augmentation de dose ; n (%)
 - Même antipsychotique à dose régulière vers PRN ; n (%)
 - Même antipsychotique PRN vers dose régulière ; n (%)
 - Transition entre 2 antipsychotiques ; n (%)
 - Changement-Dose globale équivalente ; n (%)
- Changement dans la prescription de benzodiazépines ;
 - Aucun changement ; n (%)
 - Retrait ; n (%)
 - Ajout ; n (%)
- Changement dans la prescription d'antidépresseurs ;
 - Aucun changement ; n (%)
 - Retrait ; n (%)
 - Ajout ; n (%)
- Changement dans le CMAI ;
 - Score total : moyenne \pm écart-type

- Changement dans le CMAI ;
 - Changement cliniquement non significatif ; n (%)
 - Diminution d'au moins 30 % du score ; n (%)
 - Augmentation de 30 % du score ; n (%)
- Changement dans le NPI ;
 - Présence d'hallucinations ; n (%)
 - Présence d'idées délirantes ; n (%)
- Changement dans le NPI ;
 - Changement cliniquement non significatif ; n (%)
 - Diminution d'au moins 30 % du score ; n (%)
 - Augmentation de 30 % du score ; n (%)
- Changement dans les chutes ;
 - Aucun changement ; n (%)
 - Diminution des chutes ; n (%)
 - Augmentation des chutes ; n (%)

Les questionnaires CMAI et NPI n'étaient pas complétés si les résidents étaient jugés non admissibles à la déprescription d'antipsychotique pour les raisons suivantes : présence de symptômes psychotiques ou de symptômes d'agressivité présentant un danger pour le résident ou pour autrui, utilisation d'antipsychotiques pour un diagnostic de schizophrénie, de trouble bipolaire ou de trouble dépressif majeur. En effet, d'autres outils étaient plus appropriés pour le suivi clinique de cette population de patients. Mentionnons également que les chutes n'ont pas été évaluées chez ces résidents.

8.5 Analyses statistiques

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour rapporter les caractéristiques des résidents. Pour être en mesure de comparer les changements entre T0 et T3, il était important d'avoir deux variables (T0 et T3), c'est pourquoi ces variables ont dû être recréées pour ensuite faire un tableau croisé dynamique jumelé à un test de McNemar. Certaines variables, dans leur forme originale, ne permettaient pas de faire la comparaison entre T0 et T3. Dans l'intention d'établir la comparaison entre les deux temps de mesure, ces variables ont été remaniées afin d'avoir les résultats séparément pour T0 et T3 et ainsi permettre de produire un tableau croisé dynamique. Le test de McNemar a été utilisé pour comparer une variable catégorielle mesurée à deux temps de mesure. Ce test permet de comparer, pour un échantillon apparié, une variable dichotomique prise à deux temps de mesure, en comparant le nombre de personnes qui passe d'une catégorie à l'autre à celles qui restent dans la même catégorie. Ce test a été utilisé pour évaluer les changements d'un point de vue statistique ($p < 0.05$) des prescriptions d'antipsychotique, de benzodiazépine et d'antidépresseur ainsi que les changements concernant les SCPD et les chutes.

9 Résultats

9.1 Populations étudiées

Afin de mieux comprendre l'analyse des résidents qui participent à la démarche OPUS-AP, la figure 1 (annexe 3) présente les différentes populations étudiées sous forme d'organigramme.

9.2 Résidents admis aux unités participantes à OPUS-AP

Vingt-quatre CHSLD du Québec ont été recrutés (annexe 4). Au début de la démarche, en janvier 2018, un total de 1054 résidents vivent dans les unités de CHSLD participantes. Sur ces 1054 résidents, 385 (36,5 %) sont des hommes et 667 (63,3 %) sont des femmes. L'âge moyen des résidents est de 82,9 ans avec un écart-type de 11,2. De plus, sur les 1054 résidents, 825 (78,3 %) ont un diagnostic de TNC majeurs documenté dans leur dossier médical.

Des 1054 résidents, 545 (51,7 %) ont au moins une prescription d'antipsychotique à dose régulière ou PRN. Parallèlement, 394 (37,4 %) résidents avaient au moins une prescription de benzodiazépines à dose régulière ou PRN et 594 (56,4 %) résidents avaient au moins une prescription d'antidépresseur à dose régulière ou PRN.

9.3 Cohorte de suivi

Le tableau 1 trace le portrait des résidents inclus à la cohorte de suivi à T0 et à T3. Ce sont des statistiques descriptives qui ont permis de présenter ces résultats.

Des 1054 résidents, 464 (44,0 %) avaient un diagnostic de TNC majeurs et une prescription d'antipsychotique à T0. À T3, 417 (89,9 %) des 464 résidents faisaient encore partie de la cohorte de suivi (tableau 1). Les raisons de perte au suivi à T3 sont : le décès 30 (6,5 %), l'admission en soins aigus ; 1 (0,2 %), un congé de l'unité ; 2 (0,4 %) et une admission à une autre unité non participante à OPUS-AP ; 14 (3,0 %).

Pour ce qui est de la cohorte de suivi à T0, l'âge moyen était de 84,1 ans avec un écart-type de 9,1. Sur ces 464 résidents, 279 (60,3 %) étaient des femmes. Pour ce qui est de la

cohorte de suivi à T3, l'âge moyen est de 83,9 ans avec un écart-type de 8,9. Sur ces 417 résidents à T3, 253 (60,7 %) sont des femmes.

Pour ce qui est du score total obtenu au CMAI à T0, les résultats ont été colligés pour 406 (87,5 %) des 464 résidents. On observe une moyenne de 47,2 et un écart-type de 15,7. Les hallucinations étaient présentes chez 41 (10,1 %) résidents et la présence d'idées délirantes chez 59 (14,6 %) résidents. Un total de 193 (41,6 %) résidents ont une prescription de benzodiazépine et 313 (67,5 %) ont une prescription d'antidépresseur à T0. La présence de chutes a été évaluée chez 406 résidents dont moins de 20 % ont chuté dans les 30 derniers jours.

À T3, les résultats du CMAI ont été comptabilisés chez 354 des 417 résidents avec une moyenne de 44,2 et un écart-type de 15,1. Des hallucinations sont présentes chez 46 (12,8 %) résidents et des idées délirantes chez 46 (12,8 %) résidents. Un total de 147 (35,3 %) a une prescription de benzodiazépine et 283 (67,9 %) une prescription d'antidépresseur à T0. La présence de chutes a été évaluée chez 359 résidents dont moins de 20 % ont chuté dans les 30 derniers jours.

9.4 Critères de non-admissibilité

Les critères de non-admissibilité (tableau 1) les plus fréquents à T0 sont ; les symptômes psychotiques et d'agressivité sévères (n=88, 19,0 %), la schizophrénie ou troubles psychotiques apparentés (n=26, 5, 6 %) et le résident ou la famille qui désire poursuivre l'antipsychotique comme prescrit (n=26 ; 5,6 %). Ce sont donc 311 résidents qui sont admissibles à la déprescription à T0. Pour ce qui est de la cohorte de suivi à T3, les critères de non-admissibilité les plus fréquents sont : les symptômes psychotiques et d'agressivité (71 ;

17,0 %), les résidents ou la famille qui désire poursuivre l'antipsychotique comme prescrit ; (31 ; 7,5 %) et les troubles dépressifs majeurs ou apparentés (28 ; 0, 7 %). Ce sont donc 276 résidents qui sont admissibles à la déprescription à T3.

Tableau 1 : Résidents inclus à la cohorte de suivi à T0 et à T3

Variables	<u>T0</u> n=464	<u>T3</u> n=417
Âge : Moyen ± E.T	84,1 ±9,1	83,9 ±8,9
Sexe (femme) n (%)	279 (60,3)	253 (60,7)
CMAI : n (%) Score total : Moyen ± E.T	n=406* 47,2 ±15,7	n=354* 44,2 ±15,1
Présence d'hallucination oui (%)	41 (10,1)	46 (12,8)
Présence d'idées délirantes oui (%)	59 (14,6)	46 (12,8)
Prescription de benzodiazépines n (%)	193 (41,6)	147 (35,3)
Prescription d'antidépresseurs n (%)	313 (67,5)	283 (67,9)
Chutes n (%) *données manquantes Aucune chute dans les 30 derniers jours Une seule chute au cours des 30 derniers jours 2 chutes ou plus au cours des 30 derniers jours	n=406* 314 (77,3) 50 (12,3) 42 (10,3)	n=359* 279 (77,7) 44 (12,3) 36 (10,0)
<u>Admissible à la déprescription d'antipsychotique n (%)</u>	<u>311 (67,0)</u>	<u>276 (66,2)</u>
Critères de non-admissibilité à la déprescription d'antipsychotique		
Symptômes psychotiques et d'agressivité	88 (19,0)	71 (17,0)
Schizophrénie ou troubles psychotiques apparentés	26 (5,6)	21 (5,0)
Résident ou sa famille qui désire poursuivre l'antipsychotique tel que prescrit.	26 (5,6)	31 (7,5)
Trouble dépressif majeur ou apparenté	19 (4,1)	28 (6,7)
Un trouble bipolaire ou apparenté.	15 (3,2)	14 (3,4)

Un contexte de soins de fin de vie	2 (0,4)	1 (0,2)
Déficiência intellectuelle	1 (0,2)	6 (1, 4)
Le résident n'est plus admis à l'unité depuis l'importation des données « médicaments »	1 (0,2)	0 (0,0)
Autres critères	17 (3,7)	13 (3,1)

E.T= Écart-Type, *données manquantes

9.5 Portrait de prescription d'antipsychotique chez les résidents de la cohorte de suivi à T0 et T3

Le tableau 2 dresse un portrait de la prescription d'antipsychotique à T0 et à T3. La quétiapine ainsi que la rispéridone sont les deux antipsychotiques les plus utilisés pour la cohorte de suivi aux deux temps de mesure. Plus précisément, ce sont 266 (48,7 %) des 464 résidents admis à la cohorte à T0 et 161 (38,6 %) sur les 417 résidents de la cohorte de suivi à T3 qui ont une prescription de quétiapine. Pour ce qui est de la rispéridone, 166 (33,6) des 464 résidents de la cohorte à T0 et 105 (25,2 %) des 417 à T3 ont une prescription de rispéridone. Ces deux médicaments sont tous deux des antipsychotiques atypiques soit de deuxième génération qui ont moins d'effets extrapyramidaux que les médicaments de première génération (typique) (« Centre de toxicomanie et de santé mentale », s. d.). Le troisième médicament antipsychotique le plus utilisé est, quant à lui, un médicament antipsychotique dit typique de première génération, soit l'halopéridol. Ce sont 103 (22,2 %) des 464 résidents à T0 et 76 (18,2 %) des 417 résidents à T3 qui ont une prescription de ce médicament. Ce type d'antipsychotique atteint sa concentration maximale rapidement et peut se donner par voie intramusculaire (IM) ou sous-cutanée (SC), ce qui peut expliquer son utilisation dans des situations nécessitant une intervention urgente. L'olanzapine est prescrite à 47 (10,1 %) des 464 résidents à T0 et 35 (8,4 %) des 417 résidents à T3.

Tableau 2. Prescription d'antipsychotique chez les résidents inclus à la cohorte de suivi à T0 et T3.

Antipsychotiques (nom générique)	T0 n=464 n (%)	T3 n=417 n (%)
Quétiapine	266 (48,7)	161 (38,6)
Risperidone	166 (33,6)	105 (25,2)
Halopéridol	103 (22,2)	76 (18,2)
Olanzapine	47 (10,1)	35 (8,4)
Aripiprazole	9 (1,9)	8 (1,9)
Loxapine	7 (1,5)	9 (2,2)
Methotrimeprazine	6 (1,3)	3 (0,7)
Clozapine	3 (0,7)	1 (0,2)
Chlorpromazine	2 (0,4)	2 (0,5)
Ziprasidone	1 (0,2)	1 (0,2)
Trifluoperazine	1 (0,2)	1 (0,2)

9.6 Portrait de la prescription de benzodiazépines

Le tableau 3 présente les différentes benzodiazépines utilisées dans les CHSLD participants aux deux temps de mesure. Le lorazepam est le plus prescrit dans une proportion de près de 30 % (T0) et 24 % (T3), suivi de l'oxazepam, du midazolam et du clonazepam totalisant ensemble les benzodiazépines prescrites à 15 % des résidents à T0 et à T3.

Tableau 3. Prescription des benzodiazépines chez les résidents inclus à la cohorte de suivi à T0 et T3

Benzodiazépine	T0 n=464 n (%)	T3 n=417 n (%)
Lorazepam	138 (29,7)	100 (24,0)
Oxazepam	40 (8,6)	31 (7,4)
Midazolam	20 (4,3)	15 (3,6)
Clonazepam	15 (3,2)	11 (2,6)
Clobazam	3 (0,6)	1(0,01)
Temazepam	1 (0,2)	1 (0,01)

9.7 Portrait de la prescription des antidépresseurs

Pour ce qui est des antidépresseurs (cf. Tableau 4), le médicament le plus utilisé chez les résidents pour les deux temps de mesure est le citalopram dans une proportion de près de 30 % à T0 et T3. Il est suivi de la sertraline, le trazodone, le venlafaxine et la mirtazapine, totalisant ensemble les antidépresseurs prescrits à 50 % des résidents à T0 et à T3.

Tableau 4. Prescription des antidépresseurs chez les résidents inclus à la cohorte de suivi à T0 et T3.

Antidépresseurs (nom générique)	T0 n (%) n= 464	T3 n (%) n= 417
Citalopram	129 (27,8)	120 (28,8)
Sertraline	76 (16,4)	71 (17,0)
Trazodone	71 (15,3)	67 (16,1)
Venlafaxine	42 (9,10)	40 (9,6)
Mirtazapine	50 (10,8)	41 (9,8)
Paroxetine	16 (2,7)	7 (1,7)

Duloxetine	13 (2,2)	5 (1,2)
Bupropion	12 (2,0)	3 (0,7)
Doxepine	3 (0,5)	1 (0,2)
Escitalopram	1 (0,2)	1 (0,2)

9.8 Changements dans la prescription des antipsychotiques entre T0 et T3 chez les résidents inclus à la cohorte de suivi à T0 et T3 et admissible à la déprescription d'antipsychotique

Le tableau 5 démontre les différents changements dans la prescription d'antipsychotique. Aux deux temps de mesure, 248 résidents ont été considérés admissibles à la déprescription (cf. Tableau 5). Parmi ces résidents admissibles à la déprescription, celle-ci s'est actualisée à 3 mois chez 120 résidents, se traduisant par une cessation chez 68 (27,4 %) résidents et une diminution de dose chez 52 (21,0 %) résidents. Mise à part les résidents avec déprescription (cessation ou diminution de dose) d'antipsychotiques, d'autres changements ont été mesurés : aucun changement, ajout, augmentation de dose, même antipsychotique à dose régulière vers dose PRN, même antipsychotique à dose PRN vers dose régulière, transition entre deux antipsychotiques et changement-dose globale équivalente.

Tableau 5. Changements dans la prescription des antipsychotiques chez les résidents inclus à la cohorte de suivi à T0 et T3

Changement dans la prescription d'antipsychotique	n=248* n (%)
Diminution de dose	52 (21,0)
Cessation	68 (27,4)
Aucun changement	108 (43,5)
Ajout	5 (2,0)
Augmentation de dose	7 (2,8)

Même antipsychotique à dose régulière vers dose PRN	2 (0,8)
Même antipsychotique à dose PRN vers dose régulière	2 (0,8)
Transition entre deux antipsychotiques	2 (0,8)
Changement-Dose globale équivalente	2 (0,8)

*donnée manquante pour 1 résident

9.9 Résidents avec déprescription d'antipsychotique

Pour être en mesure d'obtenir les résultats permettant de répondre aux objectifs, des tests statistiques plus poussés ont été menés. Plus précisément des tableaux croisés dynamiques et des tests de McNemar ont été utilisés pour détecter : 1) des différences statistiquement significatives dans la prescription des benzodiazépines et des antidépresseurs ; 2) des différences cliniquement significatives concernant la fréquence et l'intensité des hallucinations et les idées délirantes mesurées par le questionnaire du NPI, les SCPD mesurés par le CMAI ainsi que le nombre de chutes. Le tableau 6 présente les différents changements concernant la prescription de benzodiazépines et d'antidépresseurs, la prévalence des SCPD et des chutes chez les résidents avec une déprescription (cessation ou diminution de dose) d'antipsychotique.

9.9.1 Âge et sexe

Ce sont 120 (48,3 %) des 248 résidents admis à la déprescription aux deux temps de mesure. L'âge moyen de ces résidents est de 85,6 ans avec un écart-type de 8,2. Cette cohorte comporte 71 (59,2 %) femmes et 49 (40,8 %) hommes.

9.9.2 Benzodiazépines

Pour ce qui est de la prescription de benzodiazépine, on dénombre une majorité de résidents n'ayant aucun changement soit 103 (85,8 %) et 13 (10,8 %) avec cessation (p=

0,049) sur les 120 résidents avec déprescription, ce qui indique une différence statistiquement significative entre les deux temps de mesure.

9.9.3 Antidépresseurs

Pour ce qui est de la prescription d'antidépresseur, 117 (97,3 %) des 120 résidents avec déprescription n'avaient aucun changement dans leur prescription avec un $p=1$, ce qui indique l'absence de changement statistiquement significatif.

9.9.4 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Concernant le score total du CMAI, la présence d'hallucinations, d'idées délirantes (NPI), aucun changement statistiquement significatif n'a été noté entre T0 et T3 chez les résidents avec déprescription.

9.9.5 Les chutes

En ce qui concerne les chutes, aucun changement statistiquement significatif n'a été noté entre les deux temps de mesure ($p=0,856$).

Tableau 6. Portrait des changements observés chez les résidents avec déprescription

Variables	Avec déprescription n (%) n= 120	
Prescription de benzodiazépines		
Aucun changement	103 (85,8)	p=0,049
Retrait	13 (10,8)	
Ajout	4 (3,3)	

Prescription d'antidépresseurs		
Aucun changement	117 (97,5)	p=1
Retrait	2 (1,6)	
Ajout	1 (0,8)	
CMAI ; Score total		
*		
< 30 % changement non significatif	104 (88,1)	p=0,424
≥ 30 % augmentation	5 (4,2)	
≥ 30 % Diminution	9 (7,6)	
NPI ; Présence d'hallucinations		
*		
Présent à T0 et T3	5 (4,2)	p=0,774
Absente à T3 et T0	101 (85,6)	
Absent à T3, présent à T0	7 (5,9)	
Présent à T3, absent à T0	5 (4,2)	
NPI ; Présence d'idées délirantes		
*		
Présent à T0 et T3	1 (0,8)	p=1
Absente à T3 et T0	105 (89,0)	
Absent à T3, présent à T0	6 (5,1)	
Présent à T3, absent à T0	6 (5,1)	
Les changements dans les chutes		
*		
Aucun changement	89 (74,7)	p=0,856
Diminution	14 (11,7)	
Augmentation	16 (13,4)	

E.T= Écart-Type

*données manquantes

9.10 Résidents sans déprescription d'antipsychotiques

Le tableau 7 présente les différents changements concernant la prescription de benzodiazépines et d'antidépresseurs, la prévalence des SCPD et de chutes chez les résidents sans déprescription.

9.10.1 Âge et sexe

Pour ce qui est des résidents sans déprescription d'antipsychotique, on en dénombre 128 (51,6 %). L'âge moyen des résidents sans déprescription d'antipsychotique est également de 85,6 ans avec un écart-type de 8,1. Cette cohorte comporte 78 (60,9 %) femmes et 50 (39,1 %) hommes.

9.10.2 Benzodiazépines

Pour ce qui est de la prescription de benzodiazépine, on dénombre une majorité de résidents n'ayant aucun changement soit 116 (90,6 %) résidents sans changement de prescription et 11 (8,5 %) avec cessation ($p=0.006$), ce qui correspond à une différence statistiquement significative entre les deux temps de mesure.

9.10.3 Antidépresseurs

Pour ce qui est de la prescription d'antidépresseur, 125 (97,6 %) des 128 résidents sans déprescription ont obtenu un $p=1$, ce qui indique l'absence de changement statistiquement significatif.

9.10.4 Symptômes comportementaux et psychologique de la démence

Concernant le score total du CMAI, la présence d'hallucinations, d'idées délirantes (NPI), aucun changement statistiquement significatif n'a été noté entre T0 et T3 chez les résidents avec déprescription

9.10.5 Les chutes

Pour ce qui est des chutes, aucun changement statistiquement significatif n'a été noté entre les deux temps de mesure ($p=0,458$).

Tableau 7. Portrait des changements observés chez les résidents sans déprescription

Variables	Sans déprescription n (%) n= 128	
Prescription de benzodiazépines		
Aucun changement	116 (90,6)	p=0,006
Retrait	11 (8,5)	
Ajout	1 (0,7)	
Prescription d'antidépresseurs		
Aucun changement	125 (97,6)	p=1
Retrait	2 (1,56)	
Ajout	1 (0,7)	
CMAI ; Score total		
*		
< 30 % changement non significatif	110 (86,6)	p=0,629
≥ 30 % augmentation	7 (5,5)	
≥ 30 % Diminution	10 (7,8)	
NPI ; Présence d'hallucinations		
*		
Présent à T0 et T3	6 (4,7)	p= 0,375
Absente à T3 et T0	116 (90,6)	
Absent à T3, présent à T0	1 (0,7)	
Présent à T3, absent à T0	4 (3,1)	

10.1 Antipsychotiques

Le portrait de la prescription d'antipsychotique (tableau 2) permet de démontrer que les médicaments les plus utilisés sont la quétiapine et la rispéridone. Ces résultats concordent avec ceux de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), lequel mentionne que la quétiapine est l'antipsychotique le plus fréquemment prescrit dans les centres de soins de longue durée au Canada, suivi de la rispéridone (Degani, 2016). La rispéridone est le seul antipsychotique approuvé par Santé Canada pour le traitement symptomatique à court terme des comportements inappropriés liés à l'agressivité et/ou à la psychose chez les personnes atteintes de la maladie d'alzheimer (Degani, 2016).

Dans notre étude, plus de la moitié des résidents (51,7 %) avaient au moins une prescription d'antipsychotique. Cette proportion s'avère supérieure au 39 % de personnes âgées ayant une prescription d'antipsychotique en centre des soins de longue durée au Canada, rapporté par l'ICIS en 2014 (Degani, 2016). Déprescription des antipsychotiques

Le taux de déprescription (cessation et diminution de dose) des antipsychotiques (48,3 %) chez les résidents admissibles à la déprescription démontre que la stratégie d'application des connaissances intégrée a eu un impact sur les pratiques cliniques en CHSLD. Ces résultats suggèrent que les stratégies utilisées étaient appropriées et correspondaient au besoin des équipes. Chenoweth et ses collaborateurs ont également démontré que les approches centrées sur les personnes ont aidé le personnel soignant à réagir de manière proactive à la déprescription (Chenoweth et coll., 2018). Ces informations permettent de voir que créer des outils est un levier important pour l'amélioration des soins de santé dans les établissements de soins. De plus, ce sont les équipes de soins qui font une différence : ce sont

elles qui ont permis de mettre en pratique les différentes stratégies. Ils ont donc une influence positive sur la déprescription. L'étude HALT atteste également que la stratégie globale impliquant toutes les parties prenantes dans le processus de soins améliore probablement le taux de réussite de la déprescription (Brodaty et coll., 2018). Dans une autre publication de l'étude HALT, Aerts et ses collaborateurs affirmaient que les facteurs démographiques ou les caractéristiques des médicaments n'étaient pas associés à la déprescription d'antipsychotiques, alors que les facteurs organisationnels, tels que les équipes de soins, l'étaient (Aerts et coll., 2019). Par contre, leur petit échantillon et la répartition des participants ne permettaient pas d'aller plus en profondeur sur ce sujet. L'importance du mentorat et de l'accompagnement des équipes reste un levier important pour l'amélioration des soins.

Dans l'analyse primaire d'OPUS-AP, réalisée à 9 mois de suivi chez les résidents chez qui la déprescription d'antipsychotiques a été tentée, la déprescription (cessation ou diminution de doses) d'antipsychotique a été réalisée chez 85,5 % des résidents (Cossette et coll., 2019). Ces résultats démontrent que la tendance positive observée à 3 mois s'est poursuivie dans les 6 mois suivants. L'analyse à 9 mois chez les résidents chez qui la déprescription a été tentée diffère légèrement de l'analyse à 3 mois chez les résidents admissibles à la déprescription.

Les résultats obtenus entre T0 et T3 concernant la déprescription d'antipsychotique concordent également avec ceux obtenus dans le cadre d'études avec des populations et devis similaires, menées dans différentes provinces du Canada avec le soutien de la Fondation canadienne pour l'amélioration des Services de Santé (FCASS) (FCASS, s. d.). Le projet « Usage approprié des antipsychotiques (UAA) du Nouveau-Brunswick » réalisé dans 15 centres de soins de longue durée sur une période de 9 mois auprès de 272 résidents a

obtenu un taux de déprescription d'antipsychotique s'élevant à 52 % (FCASS, s. d.). Le projet de l'Île-du-Prince-Édouard réalisé dans 9 centres de soins de longue durée sur une période de 3 mois auprès de 68 résidents a obtenu un taux de déprescription de 50 %. Le temps de mesure de cette étude est le même que dans la présente analyse d'OPUS-AP et le pourcentage de déprescription est comparable. Enfin, un projet Pan canadien réalisé dans 56 centres de soins de longue durée sur une période de 12 mois auprès de 416 résidents a obtenu un taux de déprescription de 54 % (FCASS, s. d.). Dans la littérature scientifique, l'étude HALT réalisée en Australie a démontré une réduction de l'usage d'antipsychotiques réguliers chez 86,2 % des participants à 3 mois, 79,1 % à 6 mois et 81,7 % à 12 mois. (Brodaty et coll., 2018). Dans une étude de 34 résidents d'un centre de soins de longue durée de Toronto, Van Reekum et ses collaborateurs ont démontré que la déprescription d'antipsychotiques à 6 mois n'a pas entraîné de différence dans les SCPD entre les groupes et qu'elle pourrait être sécuritaire pour cette population (Van Reekum et coll., 2002).

La déprescription d'antipsychotique ne s'est toutefois pas actualisée chez tous les résidents (voir tableau 5). Ceci peut s'expliquer par le fait que 33 % (T0) et 34 % (T3) des résidents étaient non admissibles à la déprescription d'antipsychotique. La non-déprescription d'antipsychotique à 3 mois s'explique également par le fait que la démarche OPUS-AP préconise une déprescription graduelle parmi les résidents admissibles. En effet, la démarche OPUS-AP évitait de déprescrire les antipsychotiques chez tous les résidents en même temps et suggérait plutôt de débiter en commençant par les cas moins complexes ayant de meilleures chances de réussite, permettant ainsi aux cliniciens de se familiariser avec la démarche. Les cliniciens savaient également qu'ils avaient la possibilité de déprescrire au-delà des 9 mois de la démarche.

10.2 Benzodiazépines et antidépresseurs

Notre seconde hypothèse stipulait que la réduction de la prescription des antipsychotiques n'entraînerait pas d'augmentation de la prescription des benzodiazépines et des antidépresseurs.

Le lorazépam et l'oxazépam sont les benzodiazépines les plus utilisées chez les résidents participant à la démarche (tableau 3). La littérature démontre que ces benzodiazépines font partie des plus prescrits au Canada (Institut canadien de l'information sur la santé, 2016). Ces benzodiazépines sont préférées parce qu'elles ne sont pas métabolisées par la glucuronidation, un mécanisme affecté par le vieillissement. Les changements dans l'usage des benzodiazépines chez les résidents avec une déprescription d'antipsychotique montrent que la proportion de « retrait » était plus importante que celle des « ajouts ». L'analyse a démontré qu'il existe une différence statistiquement significative entre les deux temps de mesure ($p = 0,049$). Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus à T9, où la proportion de « retrait » était également plus grande et significative ($p < 0,05$) (Cossette et coll., 2019). Dans l'étude HALT, la déprescription des antipsychotiques réguliers n'a pas été accompagnée d'une augmentation significative des antipsychotiques ou de benzodiazépines à dose PRN (Brodaty et coll., 2018).

Les antidépresseurs les plus prescrits dans OPUS-AP, sont le citalopram et la sertraline, qui sont tous deux des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Les changements dans la prescription des antidépresseurs chez les résidents avec déprescription d'antipsychotiques démontrent que ceux-ci n'ont pas été utilisés pour remplacer les antipsychotiques. La catégorie des « retraits » et celle des « ajouts » restent faibles. L'analyse démontre qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les mesures prises avant (*baseline*) et 3 mois après la déprescription. Ces résultats concordent

avec ceux obtenus après 9 mois (T9), où la proportion de « retrait » et d'« ajouts » est demeurée faible (Cossette et coll., 2019). Ces résultats concordent également avec ceux de Brodaty et collaborateurs, lesquels affirment que l'utilisation des antidépresseurs est restée stable tout au long d'étude HALT, témoignant de l'absence de changement significatif (Brodaty et coll., 2018).

Cette non-augmentation des benzodiazépines et d'antidépresseurs a probablement été rendue possible par l'utilisation de stratégies d'application des connaissances intégrées qui ont permis une approche proactive de mise en place des interventions non pharmacologiques.

10.3 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Notre deuxième hypothèse stipulait également que la réduction de la prescription des antipsychotiques n'entraînerait pas d'augmentation de la prévalence des SCPD (tableau 6). Afin de mesurer les changements cliniquement significatifs dans la prévalence des SCPD, un seuil de 30 % de changement du score CMAI total a été utilisé. Chez les résidents avec déprescription d'antipsychotiques, une réduction (amélioration clinique) de ≥ 30 % du score CMAI total a été observée pour un plus grand nombre de résidents, comparativement à une augmentation (détérioration clinique) de ≥ 30 %. Ces changements n'étaient par contre pas statistiquement significatifs. De plus, les résultats à 9 mois d'OPUS-AP montrent que globalement, chez les résidents avec déprescription d'antipsychotique, une amélioration des SCPD a été observée plus fréquemment (18,5 %) qu'une détérioration (5,0 %) chez les résidents avec cessation complète (n=128) (Cossette et coll., 2019). Pour ce qui est des diminutions de doses (n=92), autant d'amélioration des SCPD (13,2 %) que de détérioration

(14,5 %) ont été observées. Ces résultats démontrent que la déprescription d'antipsychotiques n'a pas globalement entraîné d'augmentation des SCPD. Ces résultats concordent avec les résultats de Brodaty et ses collaborateurs, lesquels ont démontré que le score total au CMAI n'avait pas augmenté à la suite de la déprescription d'antipsychotique (Brodaty et coll., 2018). Par ailleurs, il est possible de constater que les résultats obtenus dans le cadre de notre étude pour les résidents avec et sans déprescription d'antipsychotiques sont similaires, aucun changement significatif entre les deux temps de mesure au score total du CMAI n'ayant été noté pour ce dernier groupe.

Deux composantes du NPI étaient utilisées dans le cadre de cette étude afin de déterminer la présence d'hallucinations et d'idées délirantes chez les résidents. Mentionnons que le nombre de résidents présentant initialement (T0) des hallucinations et/ou des idées délirantes était très faible, respectivement de 41 (10,1 %) et de 59 (14,6) sur 464 résidents de la cohorte de suivi à T0 et de 46 (12,8) et 46 (12,8) sur 417 résidents de la cohorte de suivi à T3 (tableau 1). Dans l'analyse des changements de T0 à T3, la plus grande proportion de résidents est celle de la catégorie « aucun changement » pour les deux variables (hallucinations et idées délirantes) (tableau 6). La proportion de résidents ayant connu une augmentation ou une diminution des comportements à la suite d'une déprescription reste faible. Le test de McNemar ne démontre aucune différence statistiquement significative entre les deux temps de mesure, tant pour les hallucinations ($p=0,774$) que pour les idées délirantes ($p=1$). Ces résultats concordent avec ceux de Brodaty et ses collaborateurs, lesquels n'ont pas observé de changement significatif du score NPI suivant la déprescription d'antipsychotique (Brodaty et coll., 2018).

Ces résultats concordent également avec la revue systématique de Declercq et coll., lesquels concluent que la déprescription n'a que peu d'impact sur les SCPD (Declercq et coll., 2013). De plus, l'étude de Van Reekum et ses collaborateurs démontraient que le groupe de déprescription avait moins de comportements moteurs graves par rapport au groupe recevant des antipsychotiques, d'après le score au NPI. Parallèlement, le projet collaboratif UAA du Nouveau-Brunswick n'a constaté aucune augmentation des comportements agressifs chez les résidents. Nos résultats concordent également avec ceux du projet collaboratif Pan canadien, lequel a rapporté une réduction de certains SCPD se traduisant par une diminution de 33 % de la violence verbale et de 18 % de la violence physique (FCASS, s. d.).

Globalement, les données comparant les résidents avec déprescription (n=120) et sans déprescription (n=128) démontrent que les résultats sont similaires au CMAI et au NPI, suggérant le peu d'impact de la déprescription sur la recrudescence des SCPD.

10.4 Chutes

Notre dernière hypothèse stipule que la déprescription des antipsychotiques pourrait réduire les chutes. La plus grande proportion de résidents est celle correspondant à la catégorie « aucun changement » (74,7 %), suggérant une stabilité dans la prévalence des chutes malgré la déprescription d'antipsychotique. Toutefois, pour 11,7 %, une augmentation des chutes a été notée. On pourrait émettre comme hypothèse que la déprescription des antipsychotiques chez ces personnes les rend plus actives donc plus à risque aux chutes. Ceci devrait être vérifié dans une étude future. Une réduction des chutes chez 13,9 % des résidents a été possible. Celle-ci est légèrement plus faible que la proportion de 20 % obtenue dans le cadre de l'étude Pan canadienne menée dans 56 centres de soins de longue durée avec un échantillon de

416 résidents, citée par la FCASS (FCASS, s. d.). Cependant, des différences dans les outils de mesure des chutes limitent les possibles comparaisons entre les 2 études. De plus, les chutes et les blessures reliées aux chutes sont des problèmes fréquents et sérieux chez les résidents de CHSLD (INESSS, 2013). Les chutes de cette clientèle peuvent être d'origine multifactorielle (médicaments, conditions médicales et désafférentation).

11 Forces et limites

11.1 Forces

La principale force d'OPUS-AP réside dans la participation des 24 CISSS/CIUSSS du Québec ayant au moins une installation de CHSLD et de l'ensemble des résidents admis au sein de leurs unités à titre de participants à OPUS-AP. L'étendue de l'échantillon rend ainsi les résultats obtenus hautement généralisables à l'ensemble des CHSLD publics du Québec. La démarche d'OPUS-AP a été conduite avec une approche d'évaluation pragmatique visant à limiter le temps de saisie de données et à maximiser le temps consacré aux soins des résidents. L'utilisation d'outils validés et démontrant de solides qualités métrologiques tels que le NPI et CMAI, largement utilisés dans le cadre d'études visant à mesurer la prévalence des SCPD, contribue à la validité interne de la présente recherche. Les CISSS/CIUSSS ont été encouragés à recruter des unités à faible roulement de personnel et ayant des leaders cliniques favorables à la déprescription d'antipsychotique. Ces mesures ont facilité la mise en place des nouvelles pratiques et la formation de « champions cliniques », qui pourront à leur tour influencer de façon positive les autres cliniciens. Les phases ultérieures d'OPUS-AP permettront d'évaluer si des résultats similaires à la phase 1 peuvent être obtenus dans l'ensemble des unités des CHSLD. Enfin, l'utilisation de REDCap^{MD} pour la saisie de données a permis de centraliser

les données de façon sécurisée et de donner une rétroaction aux CHSLD à chaque temps de mesure. Ce système permet en outre d'offrir des résultats pour chaque CHSLD, lesquels peuvent ensuite être comparés aux résultats de l'ensemble des CHSLD.

11.2 Limites

La principale limite de cette analyse est qu'il n'est pas possible de départager l'impact de : 1) la déprescription d'antipsychotique et 2) les mesures non pharmacologiques sur la prévalence des SCPD, puisque la démarche OPUS-AP n'inclut pas la saisie de données sur l'implantation des mesures non pharmacologiques. Cependant, il faut garder en tête que les résidents avec et sans déprescription ont été exposés aux mêmes interventions non pharmacologiques ce qui pourrait minimiser l'impact de cette limite. La perte au suivi des résidents, principalement en raison des décès, est également une limite de cette étude. Une analyse de sensibilité tenant compte de ces pertes au suivi, réalisée avec les données de 9 mois, a montré que la déprescription d'antipsychotiques a été réalisée chez 84,1 % des résidents pour lesquels elle a été tentée, un pourcentage pratiquement identique à l'analyse principale (85,5 %) (Cossette et coll., 2019). La réalisation de cette analyse de sensibilité avec les données à 3 mois a été jugée moins pertinente en raison du court suivi. Dans l'étude HALT, les décès étaient également la principale cause de perte au suivi (Brodaty et coll., 2018). Les auteurs ont également réalisé une analyse de sensibilité démontrant que l'attrition n'avait que peu d'impacts sur les conclusions de leur étude (Brodaty et coll., 2018). Pour les résidents jugés non admissibles à la déprescription d'antipsychotique en raison de la présence de symptômes psychotiques ou de symptômes d'agressivité ou pour un diagnostic psychiatrique, le CMAI et les composantes sur les délires et les hallucinations du NPI et CMAI n'étaient pas complétés. L'évolution des SCPD dans cette population présentant un risque plus élevé de récurrence de SCPD n'a pu être

comparée avec la population des résidents admissibles à la déprescription d'antipsychotique. De plus, les qualités métrologiques du NPI sont mesurées pour le score global, et ne sont pas applicables à son administration partielle (deux composantes individuelles). Une autre limite est que les mesures ne sont pas prises à l'aveugle, ce qui a pu entraîner un biais de désirabilité étant donné que les cliniciens connaissaient les scores à T0. Ce choix méthodologique avait été fait en raison de la nature pragmatique de la démarche. De plus, la présence de TNC majeurs était basée sur sa documentation dans le dossier médical. Or, l'une ou l'autre des situations pouvaient être présentes pour certains résidents : 1) absence de documentation d'un diagnostic établi, 2) apparition de TNC majeurs pas encore diagnostiqués. Enfin, une limite de l'impact de l'étude, REDCap^{MD} n'est pas intégré aux outils cliniques, ce qui remet en question la routinisation de l'effet positif de la rétroaction sur le changement de pratiques. Ceci est hautement souhaitable pour l'intégration des pratiques dans les soins usuels une fois OPUS-AP terminé.

12 Considérations éthiques

La conduite de l'ensemble de la démarche OPUS-AP incluant ce projet de maîtrise a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS qui agit comme comité d'éthique central pour l'ensemble des établissements participant à OPUS-AP. Les responsables de la démarche ont demandé l'autorisation pour avoir accès aux données cliniques auprès des directeurs des services professionnels de chaque CHSLD participant.

La communication de l'information concernant le projet aux résidents et leurs proches s'est fait directement par les cliniciens et par des affiches qui expliquent le projet (contexte, objectifs, interventions ainsi que les données saisies).

13 Conclusion

En conclusion, ce mémoire illustre les résultats prometteurs et positifs découlant d'une déprescription (cessation ou diminution de dose) d'antipsychotique dans les trois premiers mois de la phase 1 de la démarche OPUS-AP. La déprescription a été tentée avec succès chez un nombre important de résidents au sein des 24 CHSLD du Québec participant à OPUS-AP. Globalement, OPUS-AP n'a pas entraîné d'augmentation de la prescription des benzodiazépines et des antidépresseurs ni de la prévalence des SCPD. L'originalité de cette recherche découle de sa réalisation dans l'ensemble des CISSS/CIUSSS du Québec ayant au moins une installation de CHSLD. La réalisation de la phase 1 d'OPUS-AP a démontré des résultats au Québec comparables ou supérieurs aux résultats d'autres études au Canada et dans d'autres pays. La phase 1 de la démarche OPUS-AP soutient donc la pertinence clinique de la déprescription d'antipsychotique pour l'ensemble des CHSLD du Québec. La démarche OPUS-AP pourra servir de modèle pour une plus vaste intégration des bonnes pratiques de soins auprès d'autres populations aux prises avec une autre maladie et d'autres types de médicaments.

14 Les retombées et futures recherches

Cette démarche a permis d'améliorer la qualité des soins dans les CHSLD, de soutenir et donner les outils nécessaires aux équipes cliniques en vue de favoriser la mise en pratique des recommandations émises dans les guides cliniques pour les résidents atteints de TNC majeurs. Les résultats de la démarche OPUS-AP auront des impacts sur la population, notamment en réduisant l'exposition des résidents à ces médicaments associés à des événements indésirables

sérieux. La phase 1 s'est conclue à 9 mois avec des résultats en continuité avec les données à 3 mois. De plus, la phase 2 de la démarche a débuté en avril 2019 auprès d'une population plus large recoupant 129 CHSLD et la participation d'unités hébergeant plus de 10 600 résidents. En 2020, la phase 3 sera déployée dans tous les CHSLD publics du Québec. Des études futures pourraient aider à mieux départager l'impact de la déprescription d'antipsychotiques et des interventions non pharmacologiques pour la gestion des SCPD. Dans la démarche OPUS-AP, certains résidents et proches avaient refusé la déprescription, il serait donc intéressant de faire une étude permettant de mieux comprendre ce « refus » des proches à l'égard de la déprescription.

Références bibliographiques

Aerts, L., Cations, M., Harrison, F., Jessop, T., Shell, A., Chenoweth, L., et Brodaty, H. (2019). Why deprescribing antipsychotics in older people with dementia in long-term care is not always successful: Insights from the HALT study. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 34 (11), 1572-1581. <https://doi.org/10.1002/gps.5167>

Agence de la santé publique du Canada. (2017, septembre). *La démence au Canada, y compris la maladie d'Alzheimer : Faits saillants du système canadien de surveillance des maladies chroniques*. (Publication no 170099). Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/demence-faits-saillants-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques.html>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>

American Psychological Association (s.d.). Neuropsychiatric Inventory ; Construct: Behavioral disturbances in dementia patients. <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/neuropsychiatric-inventory.aspx>

Association des médecins psychiatres du Québec. (s. d.) Démence. <https://ampq.org/info-maladie/la-demence/>

Atti, A. R., Ferrari Gozzi, B., Zuliani, G., Bernabei, V., Scudellari, P., Berardi, D., De Ronchi, D., Tarricone, I., et Menchetti, M. (2014). A systematic review of metabolic side effects related to the use of antipsychotic drugs in dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 19-37. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001658>

Ballard, C. G., Thomas, A., Fossey, J., Lee, L., Jacoby, R., Lana, M. M., Bannister, C., McShane, R., Swann, A., Juszczak, E., et O'Brien, J. T. (2004). A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 65(1), 114-119.

Ballard, C. G., Waite, J., et Birks, J. (2006). Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1 (CD003476), 1-94. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003476.pub2>

Ballard, C., Hanney, M. L., Theodoulou, M., Douglas, S., McShane, R., Kossakowski, K., Gill, R., Juszczak, E., Yu, L.-M., et Jacoby, R. (2009). The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): Long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet Neurology*, 8(2), 151-157. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70295-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70295-3)

Ballard, C., Lana, M. M., Theodoulou, M., Douglas, S., McShane, R., Jacoby, R., Kossakowski, K., Yu, L.-M., et Juszczak, E. (2008). A Randomised, Blinded, Placebo-Controlled Trial in Dementia Patients Continuing or Stopping Neuroleptics (The DART-AD Trial). *PLoS Medicine*, 5(4), e76. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050076>

Bjerre, L. M., Farrell, B., Hogel, M., Graham, L., Lemay, G., McCarthy, L., Raman-Wilms, L., Rojas-Fernandez, C., Sinha, S., Thompson, W., Welch, V., et Wiens, A. (2018). Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 64(1), 17-27.

Brodaty, H., Aerts, L., Harrison, F., Jessop, T., Cations, M., Chenoweth, L., Shell, A., Popovic, G. C., Heffernan, M., Hilmer, S., Sachdev, P. S., et Draper, B. (2018). Antipsychotic Deprescription for Older Adults in Long-term Care: The HALT Study. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 19(7), 592-600.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.05.002>

Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (2014) *The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes: (Focus on Mood and Behaviour Symptoms)* - 2014 Guideline Update. <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-LTC.pdf>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2017). *Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD)*. <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/nos-services/services-psychosociaux-et-sante-mentale/troubles-de-sante-mentale/guides-cliniques-po-5>

Center for Addiction and Mental Health (CAMH) (s. d.). *Les benzodiazépines*. [https :
//www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/upm-
benzodiazepines_fr.pdf](https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/upm-benzodiazepines_fr.pdf)

Center for Addiction and Mental Health (CAMH) (s. d.). *Les antidépresseurs*. [https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-
antidepresseurs](https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-antidepresseurs)

Center for Addiction and Mental Health (CAMH) (s. d.). *Les antipsychotiques*. [https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/upm-antipsychotics-
fr.pdf](https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/upm-antipsychotics-fr.pdf)

Chenoweth, L., Jessop, T., Harrison, F., Cations, M., Cook, J., et Brodaty, H. (2018). Critical Contextual Elements in Facilitating and Achieving Success with a Person-Centred Care Intervention to Support Antipsychotic Deprescribing for Older People in Long-Term Care. *Biomed Research International*, 2018, 1-12.

Cossette, B., Bruneau, M.-A., Couturier, Y., Gilbert, S., Boyer, D., Ricard, J., McDonald, T., Labarre, K., Déry, V., Arcand, M., Rodrigue, C., Rhéaume, A.-A., Moreault, S., Allard, C., Pépin, M.-É., et Beauchet, O. (2019). Optimizing Practices, Use, Care and Services—Antipsychotics (OPUS-AP) in Long-term Care Centers in Québec, Canada: A Strategy for Best Practices. *Journal of the American Medical Directors Association*. Prépublication. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.027>

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., et Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory : comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44 (12), 2308-2314. <https://doi.org/10.1212/wnl.44.12.2308>

Declercq, T., Petrovic, M., Azermai, M., Vander Stichele, R., De Sutter, A. I., van Driel, M. L., et Christiaens, T. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(CD007726). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007726.pub2>

Degani, N. (2016, février). *Utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées résidant dans les établissements de soins de longue durée, 2014*. Institut canadien de l'information sur la santé.
https://secure.cihi.ca/free_products/LTC_AiB_v2_19_FR_web.pdf

Deslauriers, S., Landreville, P., Dicaire, L., et Verreault, R. (2001). Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield*. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 20 (3), 373-384.
<https://doi.org/10.1017/S0714980800012836>

Devanand, D. P., Mintzer, J., Schultz, S. K., Andrews, H. F., Sultzer, D. L., de la Pena, D.,... Levin, B. (2012). Relapse risk after discontinuation of risperidone in Alzheimer's disease. *The New England Journal Of Medicine*, 367(16), 1497-1507.

Échelle de Cohen Mansfield. (s. d.). Échelle de conhen Mansfield [image en ligne].
<http://www.sgca.fr/outils/Echelle%20de%20Cohen%20Mansfield.pdf>

Farina, N., Morrell, L., et Banerjee, S. (2017). What is the therapeutic value of antidepressants in dementia? A narrative review. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 32(1), 32-49. <https://doi.org/10.1002/gps.4566>

Foebel, A., Balloková, A., Wellens, N. I. H., Fialova, D., Milisen, K., Liperoti, R., et Hirdes, J. P. (2015). A retrospective, longitudinal study of factors associated with new antipsychotic medication use among recently admitted long-term care residents. *BMC Geriatrics*, 15, 128-128. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0127-8>

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (s. d.). *FCASS — Projet collaboratif sur la réduction des antipsychotiques*. <https://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/recent-programs/reducing-antipsychotic-medication-use-collaborative>

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (s. d.). *FCASS — Résultats*. <https://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/recent-programs/reducing-antipsychotic-medication-use-collaborative/results>

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (s. d.). *FCASS — Utilisation appropriée des antipsychotiques*. <https://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/appropriate-use-of-antipsychotics>

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (s. d.). *Nouveaux résultats : au Nouveau-Brunswick, l'expansion d'un programme novateur à l'échelle provinciale améliore la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence*. <https://www.fcass-cfhi.ca/NewsAndEvents/NewsReleases/NewsItem/2019/02/05/new-results-province-wide-expansion-of-innovative-program-helps-improve-lives-of-new-brunswick-seniors-living-with-dementia>

Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Education.

Gagné, C., et Voyer, P. (2013). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Qu'en savons-nous ? Les infirmières pratiquant en centre d'hébergement de longue durée ont-elles les connaissances requises pour optimiser la prise en charge des symptômes ? *Recherche*, 10 (4), 36-39. https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no4/10_recherche.pdf

Gauthier, S., Patterson, C., Chertkow, H., Gordon, M., Herrmann, N., Rockwood, K.,... Soucy, J.-P. (2012). Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4). *Canadian Geriatrics Journal : CGJ*, 15 (4), 120-126. <https://doi.org/10.5770/cgj.15.49>

- Gerlach, L. B., Wiechers, I. R., et Maust, D. T. (2018). Prescription Benzodiazepine Use Among Older Adults: A Critical Review. *Harvard Review Of Psychiatry*, 26 (5), 264-273. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000190>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal Of Continuing Education In The Health Professions*, 26(1), 13-24.
- Greenblatt, H. K., et Greenblatt, D. J. (2016). Use of Antipsychotics for the Treatment of Behavioral Symptoms of Dementia. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 56(9), 1048-1057. <https://doi.org/10.1002/jcph.731>
- Guilcher, S. J. T. (s. d.). *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016*. Institut canadien de l'information sur la santé. https://secure.cihi.ca/free_products/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf

Haute Autorité de Santé. (s. d.). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs

Institut canadien de l'information sur la santé (2018, novembre). *Démence en soins de longue durée*. <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/les-soins-de-la-demence-dans-le-systeme-de-sante/demence-en-soins-de-longue-duree>

Institut national d'excellence en santé et service sociaux. (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologique de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Gouvernement du Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Avis_antipsychotiques.pdf

Institut de recherche en santé du Canada. (2012). *Guide de planification de l'application des connaissances aux IRSC : approches intégrées et de fin de subvention*. Gouvernement du Canada. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45321.html>

Institut de la statistique du Québec. (2017). *L'espérance de vie reste stable au Québec en 2017*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiquer/communiquer-presse-2018/mai/mai1823.html>

Kirkham, J., Sherman, C., Velkers, C., Maxwell, C., Gill, S., Rochon, P., et Seitz, D. (2017). Antipsychotic Use in Dementia. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 62 (3), 170-181. <https://doi.org/10.1177/0706743716673321>

Legrain, S., et Lacaille, S. (2005). Prescription médicamenteuse du sujet âgé. *EMC - Médecine*, 2 (2), 127-136. <https://doi.org/10.1016/j.emcmed.2004.11.003>

Macaulay, M. S. (2017). Efforts to Reduce Antipsychotic Use in Dementia Care are Starting to Bear Fruit, but a Lot of Work Remains to be Done. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(3), 204-206. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.001>

Maher, A. R., Maglione, M., Bagley, S., Suttorp, M., Hu, J.— H., Ewing, B., Wang, Z., Timmer, M., Sultzer, D., et Shekelle, P. G. (2011). Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 306(12), 1359-1369. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1360>

Ministère de la santé et des services sociaux (s. d.). *Orientations ministérielles — Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs - Professionnels de la santé - MSSS*.
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). *Antipsychotics in people living dementia*. <https://www.nice.org.uk/advice/ktt7/chapter/Evidence-context>

NPI R Inventaire NeuroPsychiatrique — Réduit - PDF. (s. d.). [https :
//docplayer.fr/20861854-Npi-r-inventaire-neuropsychiatrique-reduit.html](https://docplayer.fr/20861854-Npi-r-inventaire-neuropsychiatrique-reduit.html)

Pan, Y.-J., Wu, C.-S., Gau, S. S.-F., Chan, H.-Y., et Banerjee, S. (2014). Antipsychotic discontinuation in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis of published randomized controlled studies. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 37(3-4), 125-140. <https://doi.org/10.1159/000355418>

REDCap. (s. d.). *Software — REDCap*. <https://projectredcap.org/software/>

Reseau Canadien pour la déprescription. (s. d.). *Le Réseau canadien pour la déprescription*.
<https://www.reseaudeprescription.ca/reseau>

Schneider, L. S., Dagerman, K., et Insel, P. S. (2006). Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 14(3), 191-210.
<https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000200589.01396.6d>

Schneider, L. S., Dagerman, K. S., et Insel, P. (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA*, 294(15), 1934-1943. <https://doi.org/10.1001/jama.294.15.1934>

Société québécoise de la schizophrénie et des psychoses apparentées. (s. d.). La prise d'antipsychotiques est essentielle pour rétablir l'équilibre chimique du cerveau.
<https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/medication>

Statistique Canada (2009, mai). Portrait national : Population et démographie,.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-402-x/2010000/pdf/population-fra.pdf>

Statistique Canada. (2015). Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires : Section 2 : Population selon l'âge et le sexe.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-215-x/2012000/part-partie2-fra.htm>

Statistique Canada (2016, mai). Population vieillissante.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-402-x/2010000/chap/pop/pop02-fra.htm>

Tampi, R. R., Tampi, D. J., Balachandran, S., et Srinivasan, S. (2016). Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from meta-analyses. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 7(5), 229-245.
<https://doi.org/10.1177/2040622316658463>

Trinkley, K. E., Sturm, A. M., Porter, K., et Nahata, M. C. (2018). Efficacy and Safety of Atypical Antipsychotics for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Among Community Dwelling Adults. *Journal Of Pharmacy Practice*, 897190018771272-897190018771272. <https://doi.org/10.1177/0897190018771272>

Van Reekum, R., Clarke, D., Conn, D., Herrmann, N., Eryavec, G., Cohen, T., et Ostrander, L. (2002). A Randomized, Placebo-Controlled Trial of the Discontinuation of Long-Term Antipsychotics in Dementia. *International Psychogeriatrics; Cambridge*, 14(2), 197-210.

Zaderenko, S. et Ehrlich, A. (s. d.). Antipsychotic Medication Overview. Dynamed.

<https://www.dynamed-com.ezproxy.usherbrooke.ca/drug-review/antipsychotic-medication-overview>

Annexes

Annexe 1 : Échelle de Cohen-Mansfield Agitation Inventory

Échelle de Cohen-Mansfield

Le comportement	
1 =	ne s'est jamais manifesté
2 =	s'est manifesté moins d'une fois par semaine
3 =	s'est manifesté une à deux fois par semaine
4 =	s'est manifesté plusieurs fois par semaine
5 =	s'est manifesté une à deux fois par jour
6 =	s'est manifesté plusieurs fois par jour
7 =	s'est manifesté plusieurs fois par heure

N°	Comportement	Précisions / Exemples	Cotation						
1	Faire les cent pas	Marcher continuellement; faire des promenades à pied ou en fauteuil roulant sans intention précise, errer <i>Exclure les promenades à pied ayant un but.</i>	1	2	3	4	5	6	7
2	S'habiller ou se déshabiller de façon inappropriée	Mettre plusieurs couches de vêtements, mettre les vêtements de manière bizarre (p. ex. le pantalon sur la tête), enlever ses vêtements en public. Avoir un agir inapproprié. <i>Si les parties génitales seulement sont exposées, noter cette observation avec le comportement 24 sur les avances sexuelles physiques.</i>	1	2	3	4	5	6	7
3	Cracher	Cracher sur le plancher, sur les personnes, etc. <i>Ne pas inclure une salivation incontrôlable ou cracher dans un mouchoir en papier, dans les toilettes ou à l'extérieur.</i>	1	2	3	4	5	6	7
4	Blasphémer ou agresser verbalement	Jurer, proférer des paroles obscènes, des paroles de profanation, avoir des propos méchants ou critiques, exprimer verbalement sa colère, avoir des propos agressifs. <i>Les bruits intelligibles doivent être notés avec le comportement 11 sur les bruits étranges.</i>	1	2	3	4	5	6	7
5	Demander constamment de l'attention	Émettre des requêtes verbales ou non verbales déraisonnables, tenaces, suppliantes, exigeantes.	1	2	3	4	5	6	7
6	Répète les mêmes phrases ou questions	Répéter de façon continue la même phrase ou question à une personne en particulier ou non. <i>Noter les plaintes même si elles sont orientées ou possiblement justifiées avec le comportement 16.</i>	1	2	3	4	5	6	7
7	Frapper les autres	Maltraiter physiquement quelqu'un, frapper les autres, pincer, donner des coups sur soi ou sur ses affaires personnelles	1	2	3	4	5	6	7
8	Donner des coups de pied	Frapper énergiquement avec le pied les personnes ou les objets	1	2	3	4	5	6	7
9	Empoigner les autres	Saisir les autres, les agripper rudement, les prendre solidement ou les tirer d'un coup sec	1	2	3	4	5	6	7
10	Pousser les autres	Pousser les autres avec force, les bousculer, les déplacer en les poussant contre quelque chose.	1	2	3	4	5	6	7
11	Émettre des bruits étranges	Rire de façon bizarre, grincer des dents, marmonner, avoir des discours incompréhensibles, faire des bruits avec la bouche. <i>Ne pas inclure les mots intelligibles.</i>	1	2	3	4	5	6	7
12	Crier	Pousser des cris perçants, hurler, émettre des sons stridents	1	2	3	4	5	6	7
Sous-total									
13	Égratigner	Se griffer soi-même ou griffer les autres, gratter ou érafler avec ses ongles	1	2	3	4	5	6	7
14	Essayer de se rendre ailleurs	Entrer dans un endroit ou quitter un lieu inapproprié dans la situation, comme essayer de quitter l'établissement, sortir de la maison, sortir en douce de la chambre, essayer d'entrer dans un lieu fermé, entrer sans permission à l'intérieur d'une unité de soins, d'un bureau, de la chambre ou des toilettes d'un autre résident.	1	2	3	4	5	6	7
15	Se montrer généralement turbulent	Ne pas tenir en place, bouger continuellement autour de sa chaise, se lever et s'asseoir, être incapable de rester tranquille.	1	2	3	4	5	6	7
16	Se plaindre	Gémir, se plaindre à propos de soi-même, exprimer des plaintes somatiques, se faire des reproches à soi-même, se plaindre de l'environnement physique ou des autres.	1	2	3	4	5	6	7
17	Faire preuve de négativisme	Avoir une mauvaise attitude, ne rien aimer, trouver que rien n'est correct. <i>Exclure les colères verbales flagrantes/manifestes et les noter avec le comportement 4 sur l'agression verbale.</i>	1	2	3	4	5	6	7
18	Manipuler des choses de manière incorrecte	Ramasser des choses appartenant à quelqu'un d'autre, fouiller dans la commode d'une autre personne, déplacer les objets, jouer avec de la nourriture, jouer avec ses selles.	1	2	3	4	5	6	7
19	Cacher des choses	Placer des objets hors de la vue, sous ou derrière quelque chose.	1	2	3	4	5	6	7
20	Amasser des choses	Mettre beaucoup de choses ou des objets inappropriés dans un sac à main, ses poches ou sa commode.	1	2	3	4	5	6	7
21	Déchirer ou arracher des choses	Déchiqueter, déchirer, briser, piétiner quelque chose.	1	2	3	4	5	6	7
22	Faire preuve de maniérisme répétitif	Faire des mouvements stéréotypés comme tapoter, frapper, se balancer avec quelque chose, tripoter quelque chose, se frotter ou frotter des objets, sucer ses doigts, mettre ses souliers puis les enlever, arracher ses vêtements, prendre des objets imaginaires, manipuler des objets de manière répétitive.	1	2	3	4	5	6	7
23	Faire des avances sexuelles verbales	Faire des propositions sexuelles, des insinuations d'ordre sexuel, avoir des propos à teneur sexuelle.	1	2	3	4	5	6	7
24	Faire des avances sexuelles physiques	Toucher une personne avec une intention sexuelle inappropriée, se frotter les parties génitales, se masturber lorsqu'on n'est pas seul dans sa chambre ou la salle de bains, avoir des gestes affectueux avec quelqu'un qui ne le veut pas.	1	2	3	4	5	6	7
25	Chuter intentionnellement	Faire exprès de tomber sur le plancher, de la position debout mais aussi du fauteuil roulant, d'une chaise ou d'un lit.	1	2	3	4	5	6	7
26	Lancer des choses	Jeter des objets avec violence, lancer violemment des objets dans les aires, renverser quelque chose, lancer de la nourriture.	1	2	3	4	5	6	7
27	Mordre	Mordre les autres ou soi-même	1	2	3	4	5	6	7
28	Mange des substances inappropriées	Mettre des choses inappropriées dans sa bouche et essayer de les avaler.	1	2	3	4	5	6	7
29	Se mutiler	Se brûler soi-même ou brûler les autres, se couper soi-même ou couper les autres, porter atteinte à soi-même ou aux autres avec des objets dangereux	1	2	3	4	5	6	7
Sous-total									
TOTAL			_____ / 203						

Annexe 2 : Inventaire Neuropsychiatrique (NPI)

NPI – R Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

RECAPITULATIF

Nom du patient : Age: Date de l'évaluation :

Type de relation avec le patient :

- X très proche/ prodigue des soins quotidiens
 X proche/ s'occupe souvent du patient
 X pas très proche/ donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

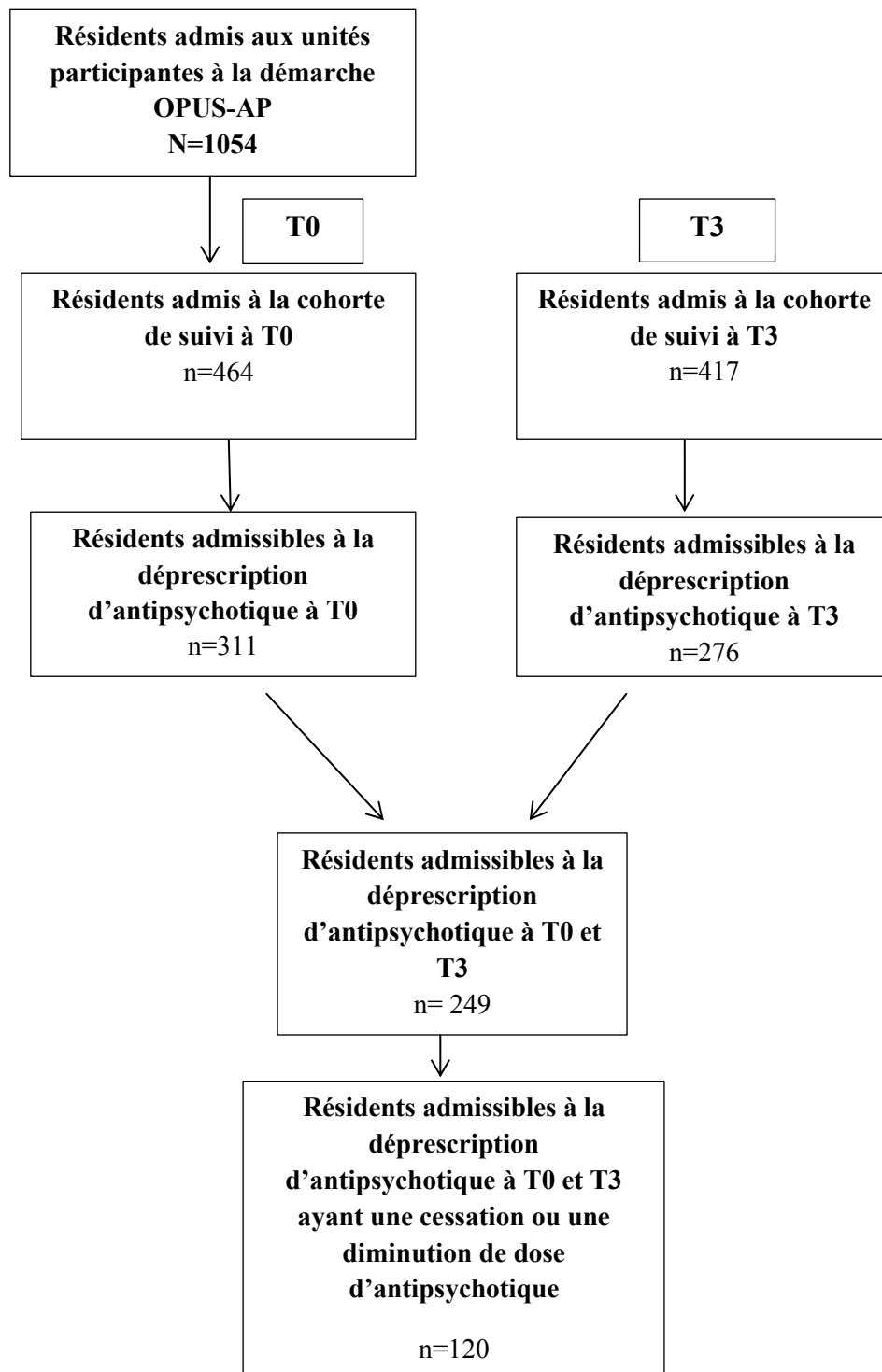
NA = question inadaptée (non applicable)

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994
 NPI-R : Questionnaire Version Réduite / Traduction Française P.H.Robert- 2000.

Référence : NPI R Inventaire NeuroPsychiatrique — Réduit - PDF », s. d.)

Figure 1. Organigramme de la population étudiée

Cet organigramme permet de cibler les différentes strates de population qui ont fait l'objet d'analyses.



Annexe 4 : Les 24 CHSLD participant à la phase 1 de la démarche OPUS-AP

Les 24 CHSLD participant à la phase 1 de la démarche OPUS-AP	
1. CHSLD de la Mitis	13. CHSLD Macamic
2. CHSLD Alma	14. CHSLD Boisvert
3. CHSLD Le Faubourg	15. CHSLD Le jardin de vie CSSS Chibougamau
4. CHSLD Centre Christ-Roi	16. CHSLD du Rocher-Percé (Villa-Pabos)
5. CHSLD Youville	17. CHSLD Eudore-Labrie
6. CHSLD Camille-Lefebvre	18. CHSLD des Etchemins
7. CHSLD Hôpital Sainte-Anne	19. CHSLD La Pinière
8. CHSLD Juif de Montréal	20. CHSLD de l'Assomption
9. CHSLD Pierre-Joseph-Triest	21. CHSLD Drapeau-Deschambault
10. CHSLD Alfred DesRochers	22. CHSLD Gertrude Lafrance
11. CHSLD Paul Gouin	23. CHSLD Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe
12. CHSLD Foyer du Bonheur	24. CHSLD Côteau-du-Lac